

様式第7号（第7条関係）

記入例

春日部市予防接種等依頼書（A類疾病定期接種・再接種・任意接種・風しん抗体検査）交付申請書

年 月 日

春日部市長

あて

申請者

保護者氏名

下記のとおり、春日部市予防接種等依頼書の交付を申請します。

記

予防接種等を受ける人	現住所	春日部市		電話番号		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日		
保護者氏名			年齢	歳 か月		
受ける種類 回数すべてに○  種類	1	ロタウイルス	1回目・2回目・3回目	(1価は3回目不要)		
	2	B型肝炎	1回目・2回目・3回目			
	3	ヒブ	初回(1回目・2回目・3回目)・追加			
	4	小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加			
	5	5種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加			
	6	4種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加			
	7	3種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加			
	8	2種混合	1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期			
	9	不活化ポリオ	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加			
	10	BCG				
	11	麻しん	1期・2期			
	12	風しん	1期・2期・5期(抗体検査・予防接種)			
	13	麻しん風しん混合	1期・2期・5期			
	14	水痘	1回目・2回目			
	15	日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期			
	16	ヒトパピローマウイルス(HPV)	1回目・2回目・3回目			
	接種等の別	A類疾病定期接種・再接種・任意接種・風しん抗体検査				
理由	1. 保護者の里帰りのため 2. 長期入院しているため 3. かかりつけ医が春日部市個別予防接種実施医療機関以外のため 4. 施設に入所しているため 5. その他 ( )					
予防接種等依頼先 ※該当欄に○印		埼玉県立小児医療センター				
	○	他市町村 ( 都道府県 区市町村 ) その他 ( ○○クリニック )				
備考						

送付先（現住所と異なる場合にご記入ください。）

氏名：

被接種者等との関係：

〒

住所：

電話番号：