

記入例

春日都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

(申請日) 年 月 日

春日都市長 あて

申請者

氏名

下記のとおり、春日都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	春日都市		電話番号	
	フリガナ			生年月日 年 月 日	
	氏名				
保護者氏名			年 齡	歳 か月	
種類	1	ロタウイルス	1回目・2回目・3回目（1回は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	B C G			
	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（小児）	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（H P V）	1回目・2回目・3回目		
	17	帯状疱疹	1回目・2回目（生ワクチンは1回、不活化ワクチンは2回）		
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都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（接種を希望しているため）			
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	市外の医療機関の場合には、 備考に病院住所記載				

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：（ ）