

様式第7号（第7条関係）

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）交付申請書

年 月 日

春日部市長 あて

申請者

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	
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	3種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	7	2種混合	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期		
	8	不活化ポリオ	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	9	BCG			
	10	麻しん	1期・2期		
	11	風しん	1期・2期		
	12	麻しん風しん混合	1期・2期・5期		
	13	水痘（小児）	1回目・2回目		
	14	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期		
	15	ヒトパピローマ ウイルス（HPV）	1回目・2回目・3回目		
	16	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）		
	17	RSウイルス（母子）			
接種等の別	A類疾病定期接種 ・ 再接種 ・ 任意接種				
理 由	1 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（ ）				
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：（ ）