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・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

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		生年月日	年　　月　　日
	氏　名			
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　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 ※該当欄に〇印		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：