

予防接種実施依頼書発行申請書

年 月 日

（宛先）下 関 市 長

（申請者）住所 山口県下関市南部町1-1

氏名 下関 太郎 （続柄）本人

電話番号 083-231-1935

下記のとおり、予防接種実施依頼書の発行を申請します。 ※太枠内をご記入ください

被接種者 (接種を受ける 方の氏名)	ふりがな 氏名	しものせき たろう 下関 太郎	生 年 月 日 昭和 53 年 10 月 1 日 (46 歳 〇 月 〇 日)																																
保護者氏名																																			
住 所 (住民票所在地)		〒 7 5 0 - 8 5 2 1 下関市南部町 1-1																																	
電話番号		083-231-1935																																	
滞在先住所		〒 (様方) 現住所が住民票記載の住所と異なる場合のみ記入																																	
電話番号																																			
発行の理由 (該当する番号に○を つけてください)		1 里帰り出産により県外に滞在中のため 2 県外の医療機関に長期入院もしくは通院中のため 3 その他 (MR ワクチンの偏在により R6 年度に接種できなかったため)																																	
予防接種の種類 (発行を希望するもの に○をつけてくださ い)		<table><tr><td><input type="checkbox"/> ヒブ</td><td>初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌</td><td>初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> B 型肝炎</td><td>1 回目・2 回目・3 回目</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ロタ</td><td>1 回目・2 回目・3 回目</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 五種混合</td><td>1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 四種混合</td><td>1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 三種混合</td><td>1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 不活化ポリオ</td><td>1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> B C G</td><td>1 回</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 麻しん風しん混合</td><td>1 期・2 期・5 期</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 麻しん</td><td>1 期・2 期</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> 風しん</td><td>1 期・2 期・5 期</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 水痘</td><td>1 回目・2 回目</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 日本脳炎</td><td>1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加・2 期</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 二種混合</td><td>2 期</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防</td><td>1 回目・2 回目・3 回目</td></tr></table> <div>接種を希望するど ちらかのワクチン の「5 期」に○をつ けてください。</div>		<input type="checkbox"/> ヒブ	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加	<input type="checkbox"/> B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	<input type="checkbox"/> ロタ	1 回目・2 回目・3 回目	<input type="checkbox"/> 五種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	<input type="checkbox"/> 四種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	<input type="checkbox"/> 三種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	<input type="checkbox"/> B C G	1 回	<input checked="" type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	1 期・2 期・5 期	<input type="checkbox"/> 麻しん	1 期・2 期	<input checked="" type="checkbox"/> 風しん	1 期・2 期・5 期	<input type="checkbox"/> 水痘	1 回目・2 回目	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加・2 期	<input type="checkbox"/> 二種混合	2 期	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防	1 回目・2 回目・3 回目
<input type="checkbox"/> ヒブ	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加																																		
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加																																		
<input type="checkbox"/> B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目																																		
<input type="checkbox"/> ロタ	1 回目・2 回目・3 回目																																		
<input type="checkbox"/> 五種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加																																		
<input type="checkbox"/> 四種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加																																		
<input type="checkbox"/> 三種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加																																		
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加																																		
<input type="checkbox"/> B C G	1 回																																		
<input checked="" type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	1 期・2 期・5 期																																		
<input type="checkbox"/> 麻しん	1 期・2 期																																		
<input checked="" type="checkbox"/> 風しん	1 期・2 期・5 期																																		
<input type="checkbox"/> 水痘	1 回目・2 回目																																		
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加・2 期																																		
<input type="checkbox"/> 二種混合	2 期																																		
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防	1 回目・2 回目・3 回目																																		
接種 場所	医療機関名称	〇〇病院																																	
	医療機関所在地	下関市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号																																	
接種予定日		〇月〇日 (医療機関で予防接種を受ける日付を記入してください)																																	
送付先 (該当する番号に○を つけてください)		1 住民票住所 2 滞在先住所 3 その他 ()																																	
受付日		受付方法	来庁・郵送・その他 ()																																
備考																																			