

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

氏名

（続柄）

電話番号

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		生 年 月 日		
	氏名		年	月 日 (歳 か月)	
保護者氏名					
住 所 (住民票の住所)		〒 下関市			
電話番号					
滞在先住所		〒 (様方)			
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又は通院中のため 3 その他 ()			
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。)		<input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> 五種混合 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹	初回（1回目・2回目・3回目）・追加 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 1回目・2回目・3回目 1回目・2回目・3回目 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 1回 1期・2期・5期 1期・2期 1期・2期・5期 1回目・2回目 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 2期 1回目・2回目・3回目 1回 1回 1回 乾燥弱毒生水痘ワクチン 1回 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン1回目・2回目		
接種場所	医療機関名称				
	医療機関所在地				
接種予定日					
送付先 (該当する番号に○をつけてください。)		1 住民票の住所 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					