

予防接種依頼書発行申請書

武雄市長 様

申請者 住 所 武雄市
氏 名
続 柄
電 話 () —

(注) 本人が自署(手書き)する場合は押印不要。

(本人が自署しない場合は押印が必要)

このことについて、下記のとおり予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。なお、予防接種費用が必要な場合には、自己負担します。

記

1	接種希望者	住 所	武雄市
		ふりがな 氏 名	
		生年月日	年 月 日
2	申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り等で県外に滞在中のため <input type="checkbox"/> 県外の医療機関に入院中、通院中のため <input type="checkbox"/> その他 ()	
3	希望する予防接種 (希望するワクチン名に☑、 接種回数に○をつけてくだ さい。)	<input type="checkbox"/> RSウイルス	
		<input type="checkbox"/> ロタウイルス	1回目・2回目・3回目
		<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌	初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種
		<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目
		<input type="checkbox"/> 五種混合	I期初回(1回目・2回目・3回目)・I期追加
		<input type="checkbox"/> BCG	
		<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	I期・II期
		<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目
		<input type="checkbox"/> 日本脳炎	I期初回(1回目・2回目)・I期追加・II期
		<input type="checkbox"/> 二種混合	II期
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	1回目・2回目・3回目
		<input type="checkbox"/> ヒブ	初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種
<input type="checkbox"/> その他 () ワクチン () 回目			
4	滞 在 先	住 所	〒
		世帯主名 電話番号	
5	予 防 接 種 実施予定機関	実施機関名	
		所 在 地	〒