

島原市長 様

住所

申請者 氏名

被接種者との関係 ()

予防接種実施依頼書交付申請書

下記のとおり、予防接種を受けたいので予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	フリガナ 氏名			生年月日	年	月	日生
保護者氏名							
住所地	〒 島原市 電話番号						
滞在先住所	〒 電話番号						
予防接種を受ける市町村名		予防接種予定日	平成 年 月 日				
接種希望医療機関名	〒 電話番号						
島原市以外で予防接種を受ける理由			依頼先 (どちらかに○)	自治体・医療機関			
予防接種の種類	(1) BCG						
	(2) 五種混合 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加						
	(3) 二種混合 2 期						
	(4) 麻しん風しん混合 1 期・2 期						
	(5) 日本脳炎 1 期初回 (1 回目・2 回目) 1 期追加・2 期						
	(6) 不活化ポリオ 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加						
	(7) ヒブ 1 回目・2 回目・3 回目・追加						
	(8) 小児用肺炎球菌 1 回目・2 回目・3 回目・追加						
	(9) 子宮頸がん 1 回目・2 回目・3 回目						
	(10) B 型肝炎 1 回目・2 回目・3 回目						
	(11) 水痘 1 回目・2 回目						
	(12) RS ウイルス感染症						
	(13) 高齢者インフルエンザ						
	(14) 高齢者肺炎球菌						
	(15) 高齢者新型コロナワクチン						
	(16) 帯状疱疹						
その他 ()							