

年 月 日

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	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			
予防接種 の種類	(1) BCG		
	(2) 四種混合又は三種混合 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) 高齢者インフルエンザ		
	(13) 高齢者肺炎球菌		