

定期予防接種実施依頼書申請書

申請日 年 月 日

大田市長 様

予防接種を大田市外の医療機関で受けることを希望するため、予防接種実施依頼書の交付を申請します。
 予防接種を受けるために必要な範囲において、この申請書に記載した事項を予防接種実施医療機関に情報提供することについて同意します。

申請者	住 所	〒 ー 電話： ()				
	氏 名	被接種者との続柄 ()				
予 防 接 種 を 受 け る 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同一住所 <input type="checkbox"/> 次の住所 〒 ー 大田市				
	(フリガナ) 氏 名					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)				
	滞在先	〒 ー () 様方 電話： ()				
	滞 在 予定期間	年 月 日 から 年 月 日				
予 防 接 種 の 種 類	乳幼児等	Hib ワクチン	<input type="checkbox"/> 初回 1 回目	<input type="checkbox"/> 2 回目	<input type="checkbox"/> 3 回目	<input type="checkbox"/> 追加
		小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 初回 1 回目	<input type="checkbox"/> 2 回目	<input type="checkbox"/> 3 回目	<input type="checkbox"/> 追加
		B 型肝炎	<input type="checkbox"/> 1 回目	<input type="checkbox"/> 2 回目	<input type="checkbox"/> 3 回目	
		ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1 回目	<input type="checkbox"/> 2 回目	<input type="checkbox"/> 3 回目	
		四種混合	<input type="checkbox"/> 初回 1 回目	<input type="checkbox"/> 2 回目	<input type="checkbox"/> 3 回目	<input type="checkbox"/> 追加
		五種混合	<input type="checkbox"/> 初回 1 回目	<input type="checkbox"/> 2 回目	<input type="checkbox"/> 3 回目	<input type="checkbox"/> 追加
		二種混合	<input type="checkbox"/> 2 期			
		B C G	<input type="checkbox"/> 1 回目			
		麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 1 期	<input type="checkbox"/> 2 期	<input type="checkbox"/> 5 期	
		水痘	<input type="checkbox"/> 1 回目	<input type="checkbox"/> 2 回目		
		日本脳炎	<input type="checkbox"/> 初回 1 回目	<input type="checkbox"/> 2 回目	<input type="checkbox"/> 1 期追加	<input type="checkbox"/> 2 期
		H P V (子宮頸がん予防)	<input type="checkbox"/> 1 回目	<input type="checkbox"/> 2 回目	<input type="checkbox"/> 3 回目	
	高齢者	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス				
	その他	()				
他市での 接種理由	<input type="checkbox"/> 主治医の指示により委託医療機関以外の医療機関で接種を受ける <input type="checkbox"/> 市外に長期滞在している（里帰り・入院・施設入所等） <input type="checkbox"/> その他 ()					
接種を希望する 医療機関	名称 住所 電話					
依頼書の宛先	<input type="checkbox"/> 接種医療機関の院長 <input type="checkbox"/> 市区町村長					
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 予防接種を受ける者の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先の住所					