

予防接種依頼書発行申請書

令和 年 月 日

太田市長 あて

(被接種者が16歳未満の場合は保護者が申請者)

申請者 住所 太田市

氏名

連絡先 (Tel)

被接種者と異なる場合 (続柄)

下記のとおり、予防接種依頼書の発行を申請します。

被接種者	ふりがな 氏名	男・女
	住所 太田市	
	電話番号 ()	
	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳 か月)	
予防接種の種類 (□にレ点をつけてください)	<input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ヒブ感染症 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 5種混合 (ジフテリア・破傷風・百日せき・ポリオ・ヒブ) <input type="checkbox"/> 4種混合 (ジフテリア・破傷風・百日せき・ポリオ) <input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> HPV感染症 <input type="checkbox"/> 二種混合第2期 (ジフテリア・破傷風) <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス感染症
初回接種予定日	令和 年 月 日 (接種後の申請は不可)	
依頼理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医のため <input type="checkbox"/> 入所中 (施設名) <input type="checkbox"/> 長期入院等のため (医療機関名) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 出産に伴う里帰り中のため
依頼先	〒 住所 医療機関名 代表者名又は医師名 電話番号	
滞在先	〒 住所 _____ 世帯主名	