

予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

いわき市長 様

申請者 住所
氏名 被接種者との関係 ()
電話番号

下記のとおり、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
	住所	いわき市
保護者 <small>※被接種者が 18歳未満の場合記入</small>	氏名	続柄 ()
	電話番号	
滞在先	住所	〒 様方
他県医療機関で予防接種を希望する理由	<input type="checkbox"/> 病気治療中 (疾患名:) により、主治医もとの接種が必要 <input type="checkbox"/> 家庭の事情 () により、3か月以上滞在のため <input type="checkbox"/> その他 ()	
希望する期間又は月日	年 月 日から 年 月 日まで ※年度内の期間	
希望するワクチン (該当する種類に☑、回数に○をつける)	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV) (1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> ヒブ (Hib) (1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> ロタリックス (1回目・2回目) <input type="checkbox"/> ロタテック (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 (MR) (1期・2期) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1回目・2回目・1期追加・2期) <input type="checkbox"/> 水痘 (1回目・2回目) <input type="checkbox"/> 二種混合 (DT) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV) (1回目・2回目・3回目)	
実施医療機関 又は市町村	医療機関又は市町村名	受け入れ確認 <input type="checkbox"/> (確認後チェックを入れる)
	所在地	
	電話番号	

市記入欄

所長	次長	係長	係員	担当	備考
----	----	----	----	----	----