

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

フリガナ
申請者氏名
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。 被接種者との関係()

被接種者	フリガナ 氏名	電話番号	
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)	
	住所	いわき市	
保護者 ※被接種者が 18 歳未満の場合記入	氏名	続柄 ()	電話番号
滞在先	世帯主氏名 又は施設名	電話番号	
	住所	〒 様方	
予防接種を希望する理由		☐ 病気治療中 ☐ 家庭の事情 ☐ 施設入所等 ☐ 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)	A 類疾病	☐ 五種混合 (DPT-IPV-Hib) (1 回目・2 回目・3 回目・追加) ☐ 四種混合 (DPT-IPV) (1 回目・2 回目・3 回目・追加) ☐ ヒブ (Hib) (1 回目・2 回目・3 回目・追加) ☐ 小児用肺炎球菌 (1 回目・2 回目・3 回目・追加) ☐ 日本脳炎 (1 回目・2 回目・1 期追加・2 期) ☐ B 型肝炎 (1 回目・2 回目・3 回目) ☐ ロタウイルス (1 回目・2 回目・3 回目) ☐ 子宮頸がん予防 (HPV) (1 回目・2 回目・3 回目) ☐ BCG ☐ 二種混合 (DT) ☐ 麻しん・風しん混合 (MR) (1 期・2 期・5 期) ☐ 水痘 (1 回目・2 回目)	
	B 類疾病	☐ 高齢者用肺炎球菌 ☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス ☐ 帯状疱疹 (生 1 回・不活化 1 回目・不活化 2 回目)	
	その他	☐ おたふくかぜ	
実施医療機 関又は市区 町村	実施依頼 書宛名	☐ 医療機関長宛 ☐ 市区町村長宛 (☐ 受け入れ確認済) (宛名詳細: _____様宛) 電話番号	
	所在地		

市記入欄

受付区分	所長	次長	係長	係員	担当	備考
☐ 窓口						
☐ 郵送						