

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 <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	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 <input type="checkbox"/> 病気治療中 <input type="checkbox"/> 家庭の事情 <input type="checkbox"/> 施設入所等 <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)	A 類疾病	<input type="checkbox"/> 五種混合 (DPT-IPV-Hib) ( 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"/> 日本脳炎 ( 1回目・2回目・1期追加・2期 ) <input type="checkbox"/> B型肝炎 ( 1回目・2回目・3回目 ) <input type="checkbox"/> ロタウイルス ( 1回目・2回目・3回目 ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV) ( 1回目・2回目・3回目 ) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 二種混合 (DT) <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 (MR) ( 1期・2期・5期 ) <input type="checkbox"/> 水痘 ( 1回目・2回目 ) <input type="checkbox"/> RSウイルス (母子免疫ワクチン)			
		B 類疾病	<input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 ( 生1回・不活化1回目・不活化2回目 )		
		その他	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 医療機関長宛 <input type="checkbox"/> 市区町村長宛 (☐受け入れ確認済)		電話番号	
	所在地	(宛名詳細: _____様宛)			

市記入欄

受付区分	所長	次長	係長	係員	担当	備考
<input type="checkbox"/> 窓口						
<input type="checkbox"/> 郵送						