

予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

那智勝浦町長 様

申請者 住所 那智勝浦町
氏名
(被接種者との続柄)
電話

次のとおり予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者 (予防接種を受ける人)	住所	那智勝浦町			
	ふりがな氏名				性別 男・女
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳 か月)			
予防接種の種類	ロタリックス(1価)	☐ 1回目	☐ 2回目		
	ロタテック(5価)	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	
	B型肝炎	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	
	ヒブワクチン	☐ 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
	四種混合(DPV-IPV)	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	☐ 追加
	BCG	☐			
	MR(麻しん風しん混合)	☐ 1期	☐ 2期	☐ 5期	
	水痘	☐ 1回目	☐ 2回目		
	日本脳炎	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 追加	☐ 2期
	二種混合(DT)	☐			
	HPV(子宮頸がん)	☐ 1回目	☐ 2回目	☐ 3回目	
	高齢者インフルエンザ	☐ 一般	☐ 生活保護		
	高齢者肺炎球菌	☐ 一般	☐ 生活保護		
	風しん抗体検査	☐			
申請理由	☐ 里帰り(里帰りによる出産(予定)日: 年 月 日) ※里帰りに同伴する兄弟が被接種者になる場合のみ記入してください。 ☐ 疾病等 ☐ その他()				
接種医療機関	名 称				
	住 所	〒			
	電話番号				
滞在先 (連絡先)	住 所	〒			
	世帯主氏名				
	滞在期間	年 月 日～ 年 月 日			