

## 定期予防接種依頼交付申請書

|                                                                                      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| 被接種者                                                                                 | 住 所  | 小美玉市                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |       |
|                                                                                      | 氏 名  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 性別 | 男 ・ 女 |
|                                                                                      | 生年月日 | 年 月 日生 ( 歳 か月)<br>※被接種者が未成年の場合は、月齢まで記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |       |
| 保 護 者 氏 名<br>※被接種者が未成年の場合に記入                                                         |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |       |
| 理 由                                                                                  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |       |
| 滞在先住所・電話番号                                                                           |      | 〒<br>電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |       |
| 予防接種の種類<br>(定期)<br>※該当する箇所を○で囲んでください。                                                |      | 五種混合 1 回目・2 回目・3 回目・1 期追加<br>四種混合 1 回目・2 回目・3 回目・1 期追加<br>二種混合<br>日本脳炎 1 回目・2 回目・1 期追加・2 期<br>B C G<br>ヒブ 1 回目・2 回目・3 回目・追加<br>小児用肺炎球菌 1 回目・2 回目・3 回目・追加<br>水痘 1 回目・2 回目<br>麻しん風しん混合 1 期 ・ 2 期<br>不活化ポリオ 1 回目・2 回目・3 回目・4 回目<br>B 型肝炎 1 回目・2 回目・3 回目<br>ロタウイルス 1 回目・2 回目・3 回目<br>子宮頸がん 1 回目・2 回目・3 回目<br>インフルエンザ<br>新型コロナワクチン<br>成人用肺炎球菌<br>その他 |    |       |
| 接種医療機関                                                                               |      | 住 所 〒<br>医療機関名<br>電 話 番 号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |       |
| 上記の予防接種を受けたいので、定期予防接種依頼書の交付を申請します。<br>年 月 日<br>小美玉市長 殿<br>住 所 小美玉市<br>申請者 氏 名<br>TEL |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |       |