

予防接種依頼書交付申請書

(宛先) 伊勢崎市長

次の予防接種につきまして、貴市が公告した予防接種を行う場所以外での接種を希望するので、
 予防接種依頼書の交付をお願いします。

年 月 日

接種 希 望 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 ー 伊勢崎市		
	電話番号	TEL ()		
保護者氏名			続柄	
申請理由				
希望予防接種	<p>該当するものに○をつけてください</p> <p>ロタウイルス (1回目・2回目・3回目)</p> <p>B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)</p> <p>ヒブ (初回1回・初回2回・初回3回・追加)</p> <p>小児用肺炎球菌 (初回1回・初回2回・初回3回・追加)</p> <p>四種混合 [DPT-IPV] (1期初回1回・1期初回2回・1期初回3回・1期追加)</p> <p>BCG 水痘 (1回目・2回目) 麻しん風しん混合 [MR] (1期・2期)</p> <p>麻しん (1期・2期) 風しん (1期・2期)</p> <p>日本脳炎 (1期初回1回・1期初回2回・1期追加・2期)</p> <p>二種混合 [DT] (1期初回1回・1期初回2回・1期追加・2期)</p> <p>ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加)</p> <p>子宮頸がん (1回目・2回目・3回目)</p> <p>三種混合 [DPT] (1期初回1回・1期初回2回・1期初回3回・1期追加)</p>			
希望接種場所 (医療機関名等)	※所在地			
	※電話番号		() ー	

※印の部分はわかる範囲で記入してください

郵送先 (里帰り先) 〒 ー	様方
問い合わせ連絡先 ()	