

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			年 月 日
	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>五種混合 [DPT-IPV-Hib] (1 期初回 1 回 ・ 1 期初回 2 回 ・ 1 期初回 3 回 ・ 1 期追加)</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> <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>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>BCG ポリオ (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 追加)</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>HPV (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) 水痘 (1 回目 ・ 2 回目)</p> <p>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)</p> <p>RSウイルス</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 ()	