

予防接種依頼書交付申請書 (個別予防接種)

年 月 日

会津若松市長あて

依頼者 住 所 会津若松市  
氏 名

下記のとおり、他市町村で予防接種を受けることを希望しますので、予防接種実施依頼書の発行を申請します。

よみがな 接種者氏名	生年月日	平成・令和 ( 年 月 日 歳 ヶ月)
現 住 所	会津若松市	
保護者氏名	連絡先	
希望する予防接種 ( □にチェックし、該当回数等を○で囲んでください。)	<input type="checkbox"/> ロタ (ロタリックス) 1回目・2回目 <input type="checkbox"/> ロタ (ロタテック) 1回目・2回目・3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ 初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加 <input type="checkbox"/> B型肝炎 第1回目・第2回目・第3回目 <input type="checkbox"/> 五種混合 第1期初回 (1回目・2回目・3回目) 第1期追加 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ 1回目・2回目・3回目・4回目 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 第1期・第2期 <input type="checkbox"/> 水痘 1回目・2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期初回 (1回目・2回目) 第1期追加 ・ 第2期 <input type="checkbox"/> 二種混合 (ジフテリア・破傷風) <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス (HPV) 1回目・2回目・3回目	
理 由 ( 該当番号を○で囲んでください。)	1 里帰り出産により滞在のため 2 滞在先にある医療機関に入院、通院中のため 3 滞在先にある施設に入所中のため 4 大学等在籍により長期滞在のため 5 その他 ( )	
滞在期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( か月間)	
滞在先住所	〒 - 住 所 世帯主氏名 電話番号	
接種医療機関名		
その他		