

築上町長 様

(申請者)

住 所: 築上町大字

申請者: \_\_\_\_\_ (印)

電 話: \_\_\_\_\_

定期予防接種依頼書の交付申請書

このことについて、下記のとおり、依頼書を交付くださるよう申請します。

フリガナ		保護者氏名	(印)
被接種者氏名			
被接種者生年月日	年 月 日生 ( 歳 ヲ月)		
住 所	築上町大字	電話番号	
実施医療機関(施設)名			
実施医療機関(施設)住所及び電話番号	住所: 〒	電話番号:	
理 由	① かかりつけ医での接種希望 ② 町外に長期滞在する為( 里帰り・施設入所・その他 ) (滞在先) 〒 住所: _____ ( _____ 様方) TEL: _____ ③ その他 ( _____ )		
*該当する番号に○印及び必要事項をご記入ください。			

【希望する予防接種】

\*希望する予防接種名に「○」印をつけてください。

予防接種名	接種希望	接種予定日	予防接種名	接種希望	接種予定日	
ロタウイルス	1回目	年 月 日	水痘 (みずぼうそう)	1回目	年 月 日	
	2回目	年 月 日		追加	年 月 日	
	3回目	年 月 日	B C G		年 月 日	
ヒブ	1回目	年 月 日	M R ( 期)		年 月 日	
	2回目	年 月 日	日本脳炎 (1期初回)	1回目	年 月 日	
	3回目	年 月 日		2回目	年 月 日	
	追 加	年 月 日		追 加	年 月 日	
小児用肺炎球菌	1回目	年 月 日	日本脳炎(2期)		年 月 日	
	2回目	年 月 日	子宮頸がん予防ワクチン	1回目	年 月 日	
	3回目	年 月 日		2回目	年 月 日	
	追 加	年 月 日		3回目	年 月 日	
B型肝炎	1回目	年 月 日	高齢者	インフルエンザ		年 月 日
	2回目	年 月 日		高齢者肺炎球菌		年 月 日
	3回目	年 月 日				
4種混合	1回目	年 月 日				
	2回目	年 月 日				
	3回目	年 月 日				
	追 加	年 月 日				