

築上町長 様

(申請者)

住 所:

申請者:

続柄

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			
被接種者氏名			
被接種者生年月日	年	月	日生 (歳 か月)
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	1回目	年 月 日	日本脳炎(1期初回)	1回目	年 月 日	
	2回目	年 月 日		2回目	年 月 日	
	3回目	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	2種混合	/	年 月 日	
	3回目	年 月 日	子宮頸がん予防	1回目	年 月 日	
追 加	年 月 日	2回目		年 月 日		
5種混合	1回目	年 月 日		3回目	年 月 日	
	2回目	年 月 日	Hib(ヒブ)		年 月 日	
	3回目	年 月 日			年 月 日	
追 加	年 月 日	RSウイルス感染症		/	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	/
追 加	年 月 日	新型コロナ		/		年 月 日
B C G	/			年 月 日	ほうしん 帯状疱疹	1回目
M R (期)		年 月 日		2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				