

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 *該当する番号に○印及び必要事項をご記入ください。	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 ( _____ )

【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	/	年 月 日
	追加	年 月 日				新型コロナ	/
B C G	/	年 月 日					ほうしん 帯状疱疹
	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					