

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

柏 崎 市 長 様

(申請者)
住 所

氏 名

(続柄)

電 話 ()

次のとおり委託医療機関以外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交付を申請します。

接種対象者	(フリガナ) 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒 ー 柏崎市		
申請理由	<input type="checkbox"/> 出産による里帰り <input type="checkbox"/> 疾病による入院又は通院 <input type="checkbox"/> その他 ()			
希望する予防接種に○をつけてください。	B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目		
	小児用肺炎球菌	初回 (1 回・2 回・3 回)・追加		
	五種混合	I 期初回 (1 回・2 回・3 回)・I 期追加		
	B C G	1 回		
	麻しん・風しん混合 (MR)	I 期・II 期		
	日本脳炎	I 期初回 (1 回・2 回)・I 期追加・II 期		
	水痘	1 回目・2 回目		
	二種混合 (DT)	1 回		
	子宮頸がん	1 回目・2 回目・3 回目		
	ロタウイルス	1 回目・2 回目・3 回目		
	RS ウイルス	1 回		
滞 在 先	住 所	〒 ー 様方		
	電話番号			
	滞在期間	年 月 日から 年 月 日		
接種予定の 医療機関	所在地			
	電話			