第１号様式（第６条関係）

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 | 　（男･女） | 生年月日 | 年　月　日 |
| 住　所 | 〒　　　－柏崎市 |
| 申 請 理 由 | □出産による里帰り　　　　□疾病による入院又は通院□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 |
| ＢＣＧ |  |
| 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） |  |
| 子宮頚がん | １回目・２回目・３回目 |
| ロタウイルス | １回目・２回目・３回目 |
| 滞　在　先 | 住　　所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  |