

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	☐ 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		
	B C G			
	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 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		
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		