

## 予防接種実施依頼書交付申請書

三好市長 様

次の予防接種の実施について、徳島県外での実施を希望しますので、申請いたします。

申請年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請者住所: \_\_\_\_\_

申請者氏名: \_\_\_\_\_ (接種対象者との続柄: \_\_\_\_\_)

接種対象者	ふりがな氏名		男・女	生年月日	年 月 日	
	住民票の住所	□上記と同じ 三好市				
	保護者氏名 <small>(必要な場合のみ)</small>			電話番号		
申請理由		里帰り出産・施設入所・その他(理由: _____)				
接種の種類 (定期接種に限る)	※希望するものを○で囲んでください					
	A類疾病	ロタウイルス : 1回目・2回目・3回目				
		Hib : 初回(1回目・2回目・3回目)・追加1回目(4回目)				
		小児肺炎球菌 : 初回(1回目・2回目・3回目)・追加1回目(4回目)				
		B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目			BCG	
		四種混合 : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加			二種混合(2期)	
		三種混合 : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加				
		二種混合(90か月未満) : 1期初回(1回目・2回目)・1期追加				
		麻しん風しん混合(MR) : 1期・2期		麻しん : 1期・2期	風しん : 1期・2期	
		日本脳炎 : 1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期				
		水痘 : 1回目・2回目		HPV(子宮頸がん)ワクチン : 1回目・2回目・3回目		
	B類疾病	季節性インフルエンザ ・ 高齢者の肺炎球菌				
滞在先の住所等		(〒 _____ ) ※マンション名、号室など、正確に記入してください。				
世帯主氏名 <small>(必要な場合のみ)</small>		滞在先電話番号		□上記の電話番号と同じ		
滞在期間		年 月 日まで ※予定の期間でも構いません。			未定	
接種する病院の情報		病院名		病院電話番号		
病院住所		(〒 _____ )				