

## 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)	<b>※希望するものを○で囲んでください</b>					
	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(施設・医療機関)の住所等	住所	(〒 _____ )				
	施設医療機関名					
	代表者の職・氏名		滞在先電話番号			
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	住所	(〒 _____ )				
	接種医療機関名		電話番号			
	接種医師名					