

鳥栖市長 様

申請者 住所

氏名

電話

本人 保護者（被接種者との続柄）

その他（ ）

予防接種実施依頼書発行申請書（子ども用）

このことについて、下記のとおり佐賀県外等での接種を希望しますので、依頼書の発行を申請します。
接種費用が必要な場合には、自己負担します。

1	接種希望者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
		(ふりがな)			
		氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
		生年月日	年	月	日
2	申請理由 (該当するものに☑をつけてください。)	<input type="checkbox"/> 里帰り出産等で県外に長期滞在するため <input type="checkbox"/> 県外の医療機関に入院、通院中であるため <input type="checkbox"/> 県外の施設に入所中のため <input type="checkbox"/> その他（ ）			
3	希望する予防接種 (希望するものに☑をつけてください。)	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目* (※5価ワクチンの場合のみ)		
		<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目		
		<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	I期初回（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目） <input type="checkbox"/> I期追加		
		<input type="checkbox"/> ヒブ（Hib）感染症	I期初回（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目） <input type="checkbox"/> I期追加		
		<input type="checkbox"/> 四種混合	I期初回（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目） <input type="checkbox"/> I期追加		
		<input type="checkbox"/> 五種混合	I期初回（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目） <input type="checkbox"/> I期追加		
		<input type="checkbox"/> BCG			
		<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期		
		<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目		
		<input type="checkbox"/> 日本脳炎	I期初回（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加） <input type="checkbox"/> II期		
		<input type="checkbox"/> 二種混合（ジフテリア・破傷風）			
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん（HPV）	（ <input type="checkbox"/> 2価 <input type="checkbox"/> 4価 <input type="checkbox"/> 9価） <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目				
4	接種予定日（複数の場合は開始予定日）	年	月	日	
5	依頼書の宛先	<input type="checkbox"/> 医療機関（医療機関名： ） （所在地： ） <input type="checkbox"/> 市区町村（自治体名： ） ※依頼書のあて先は「自治体名」または「医療機関名」となります。あらかじめ滞在先の予防接種窓口にご確認ください。			
6	依頼書の送付先 (滞在先)	依頼書は滞在先へ送付しますので、接種の際に依頼先へ提出してください。5の宛先が自治体の場合は市から直接自治体へ送付します。			
		〒			
		住所 世帯主名			