

鳥栖市長 様

申請者 住所 鳥栖市宿町 1118 番地

氏名 鳥栖 花子

電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

本人 保護者 (被接種者との続柄 母)

その他 ()

記入例

予防接種実施依頼書発行申請書 (こども用)

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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
		(ふりがな)	とす たろう	
		氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 鳥栖 太郎	
		生年月日	〇〇年 △△月 □□日	
2	申請理由 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。)	<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。)	<input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	
		<input checked="" type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	I期初回 (<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 五種混合	I期初回 (<input checked="" 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)	〇〇年 △△月 □□日		
5	依頼書の宛先	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関 (医療機関名: 〇〇内科・小児科クリニック) (所在地: △県〇市 ※自治体名までで構いません) <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。 〒〇〇〇-〇〇〇〇 住所 ※番地やアパートの号数など正式にご記入ください 世帯主名 ※滞在先の世帯主名をご記入ください		

滞在期間中に受ける予定のものすべてにを付けてください