

定期予防接種依頼書交付申請書

(宛先)
鳴 門 市 長

年 月 日

申請者住所：

申請者氏名：

被接種者との続柄（ ）

次の定期予防接種の実施について、依頼書の発行を申請します。

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
被接種者氏名				（ 歳 か月）
保護者氏名				
住民票の住所	（〒 — ） ※番地、アパート、マンション名、号室等も記入してください。			
日中連絡がとれる電話番号				
依頼する 予防接種 (希望するものに○をつけてください)	小児の肺炎球菌感染症 初回（ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ）、追加 B型肝炎 （ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ） 五種混合 1 期初回（ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ）、1 期追加 BCG 麻しん・風しん （ 1 期 ・ 2 期 ） 水痘 （ 1 回目 ・ 2 回目 ） 日本脳炎 1 期初回（ 1 回目 ・ 2 回目 ）、1 期追加、 2 期 二種混合 ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん予防）（ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ） ロタウイルス感染症（ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ）			
申請理由				
予防接種の 依頼期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
滞在先の住所	（〒 — ） ※番地、アパート、マンション名、号室等も記入してください。			
	世帯主 氏名			
接種を受ける 病院名				電話番号
依頼書送付先住所	1 . 住民票の住所 2 . 滞在先の住所 3 . その他（以下にご記入ください） （〒 — ） （○又は記入をしてください）			
依頼書の宛先	（ 市 区 町 村 長 あ て ・ 接 種 を 受 け る 病 院 長 あ て ） ※ 予防接種を希望する市区町村に必ずご確認ください。			