

燕市予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

燕市長 様

申請者（保護者）

住 所 燕市

氏 名

電話番号

新潟県外で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	フリカ、ナ 氏 名	(男 ・ 女)	
	生 年 月 日	年 月 日	(歳 か月)
	住 所	〒 ー 燕市	
滞 在 先 住 所	〒 ー (様方)		
滞 在 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日頃まで		
滞 在 の 理 由			
予 防 接 種 名 *希望するものに <input checked="" type="checkbox"/> し、接種回数に ○を付けて下さい	<input type="checkbox"/> ヒブ	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> 5種混合	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> BCG		
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス 感染症	1価（ロタリックス）1回目 ・ 2回目 5価（ロタテック）1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん	1期 ・ 2期	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目 ・ 2回目	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期	
<input type="checkbox"/> 二種混合	2期		
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
接種予定医療機関	医療機関名： 住 所：〒 ー 電 話 番 号：		