

燕市予防接種実施依頼書交付申請書

記入例

令和 年 月 日

燕市長 様

申請者 (保護者)

住 所 燕市〇〇〇〇

氏 名 〇〇 〇〇

電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇

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

どちらかに○

被接種者	フリカ、ナ 氏 名	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	(男 ・ 女)
	生 年 月 日	〇 年 〇 月 〇 日	(〇 歳 〇 か月)
	住 所	〒 〇 - 〇 燕市 〇	
滞 在 先 住 所	〒 〇 - 〇 (様方)		
滞 在 期 間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から 令和 〇 年 〇 月 〇 日頃 まで		
滞 在 の 理 由			
予 防 接 種 名 *希望するものに ☑し、接種回数に ○を付けて下さい	<input checked="" type="checkbox"/> ヒブ	<u>1回目</u> 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	<p>里帰り出産など</p> <p>医療機関に確認する。接種の種類に☑回数を確認して○をつける</p>
	<input checked="" type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	<u>1回目</u> ・ 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 ・	
	<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 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： 〇〇病院 住 所：〒 〇 〇 - 〇 〇 〇 県 〇 市 〇 電 話 番 号： 〇 - 〇 - 〇		

医療機関へ予防接種が可能確認して記入する