

令和 年 月 日

狛江市長 宛て

狛江市定期予防接種依頼申請書

下記の協定外区市町村又は協力医療機関外の医療機関で定期予防接種の実施を希望するので、狛江市定期予防接種（A類疾病）実施要綱第6条第1項の規定により、申請します。

記

フリガナ 被接種者氏名		生年月日	年	月	日
被接種者住所	狛江市				
保護者氏名 ※妊婦の場合は不要		電話番号			
予防接種の種類 ☐ に✓印を付けてください	妊婦	☐ RSウイルス感染症 (出産予定日 年 月 日)			
	子ども	☐ ロタウイルス感染症 (☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目)			
		☐ 小児の肺炎球菌感染症 (☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目)			
		☐ B型肝炎 (☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目)			
		☐ 五種混合 (☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加)			
		☐ BCG			
		☐ 麻しん・風しん (☐ 第1期 ☐ 第2期)			
		☐ 水痘 (☐ 1回目 ☐ 2回目)			
		☐ 日本脳炎 (第1期 < ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目> ☐ 第2期)			
		☐ ジフテリア・破傷風			
	☐ ヒトパピローマウイルス感染症 (☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目)				
	☐ その他 ()				
申請理由 ☐ に✓印を付けてください	☐ 里帰り ☐ 入院・通院 ☐ その他 ()				
滞在先住所	〒 (方書 様方)				
実施医療機関名					
依頼書の宛先 ☐ に✓印を付けてください	☐ 実施医療機関 ☐ 接種地自治体 ☐ その他 ()				
依頼書の送付先 ☐ に✓印を付けてください	☐ 滞在先住所 ☐ 被接種者住所 ☐ 接種地自治体 ※事前に接種方法や費用負担について確認してください。 所在地 〒 部署名 ☐ その他 ()				
			事務処理欄（記入不要）		
			発送日	発送先	担当者