

予 防 接 種 実 施 依 頼 書 交 付 申 請 書

申請日 年 月 日

習志野市長 宛て

申請者氏名 _____

下記の理由により、習志野市以外で予防接種を受けるため依頼書の交付を申請します。

接種を受ける人の名前		生年月日	年 月 日
住 所	習志野市		
保護者名		電 話	(平日昼間につながる番号)
希望する 予防接種名	依頼書の有効期限は6か月間です。6か月間で接種できるものみに <input type="checkbox"/> を入れてください。		
	乳 幼 児	<input type="checkbox"/> 5種混合 [<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加] <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 [<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加] <input type="checkbox"/> B型肝炎 [<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目] <input type="checkbox"/> ロタウイルス [<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目] <input type="checkbox"/> 4種混合 第1期 [<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加] <input type="checkbox"/> Hib [<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加] <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR第1期 <input type="checkbox"/> MR第2期 <input type="checkbox"/> 水痘 [<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目] <input type="checkbox"/> 日本脳炎第1期 [<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加]	
	小 学 生 以 上	<input type="checkbox"/> 日本脳炎第2期 <input type="checkbox"/> DT第2期 <input type="checkbox"/> HPV感染症 [<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目] <input type="checkbox"/> 日本脳炎第1期特例 [<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加] <input type="checkbox"/> 日本脳炎第2期特例(13歳以上)	
申請事由			
滞在先住所	〒 _____ (_____ 様方) 電話番号: _____		
依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 市区町村長宛 <input type="checkbox"/> 医療機関院長宛		
接種する 医療機関名	医療機関名 _____ 電話番号: _____ 所在する市区町村名(_____)		
依頼書 送付先	送付先に <input type="checkbox"/> を入れ、市区町村の場合は住所・担当課・担当者名等も記入してください。 <input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 市区町村 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> <input type="checkbox"/> 担当課 担当者 電話: _____ </div>		

※複数の予防接種を受ける場合で、依頼書の宛名が異なるときは、依頼書の宛名別に申請書を提出してください。