

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ヵ月間です。6ヵ月間で接種できるもののみに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。		
	乳幼児	<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"/> 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"/> DPT-IPV [<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"/> MR1期 <input type="checkbox"/> MR2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2期 <input type="checkbox"/> DT2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 (市区町村名) <input type="checkbox"/> 医療機関院長宛 (接種する医療機関名)		
依頼書送付先	送付先に <input checked="" 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 (〒) (担当課 担当者 電話:)		

※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。

予防接種実施依頼書交付申請書

記入例

申請日 20XX年 〇月 〇日

習志野市長 宛て

申請者氏名 習志野 花子

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	習志野 太郎	生年月日	20XX年 2月 1日
住所	習志野市 津田沼5-△-△		
保護者名	習志野 花子	電話	(確実につながる番号) 047-453-△△△△
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()		
	乳幼児	<input checked="" type="checkbox"/> Hib [<input checked="" type="checkbox"/>] <input checked="" type="checkbox"/> 肺炎球菌 [<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加] <input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 [<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目] <input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス [<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目] <input type="checkbox"/> DPT-IPV [<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"/> MR1期 <input type="checkbox"/> MR2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2期 <input type="checkbox"/> DT2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2期特例(13歳以上)		
申請事由	入院中の為		
滞在先住所	〒 060-XXXX 北海道札幌市中央区〇〇1-1-1 (千葉 様方) 電話番号: 090-〇〇〇〇-●●●●		
依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 市区町村長宛 (市区町村名) <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関院長宛 (接種する医療機関名 〇〇クリニック)		
依頼書送付先	送付先に☑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 checked="" type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 市区町村 (〒) (担当課 担当者 電話:)		

予防接種に連れて行く保護者の方のお名前をご記入ください。

※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。