

堺市予防接種実施依頼書発行願

堺市長様

申請者	住所	〒		
	氏名	申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。		
	電話番号		被接種者との関係	

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の発行をお願いします。

接種を受ける人	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日生
	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ 堺市 区		
理由	1. 里帰り出産等で、堺市外に滞在する期間に予防接種を受けるため 2. 病状による理由等で、堺市協力医療機関以外の医療機関で予防接種を受けるため (詳細:) 3. その他 ()			
依頼書の宛先 <u>いずれかにチェック</u> (宛先については、接種される市町村にご確認をお願いいたします。)				
		<input type="checkbox"/> 接種する市町村長あて		<input type="checkbox"/> 接種する医療機関あて
		()		()
滞在地	〒	様方		
郵送先	<input type="checkbox"/> 申請者住所		<input type="checkbox"/> 上記滞在地	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

予防接種の種類 右欄:接種を希望するものに○をつけてください	・BCG ・ロタ : 1回目・2回目・3回目 ・B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・小児肺炎球菌 : 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・五種混合 : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 ・四種混合 : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 ・ヒブ : 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・不活化ポリオ(単独) : 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・二種混合 : 2期 ・麻しん・風しん(MR) : 1期・2期 ・水痘 : 1回目・2回目 ・日本脳炎 : 1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期 ・子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目
	・高齢者インフルエンザ ・高齢者肺炎球菌