

堺市予防接種実施依頼書発行願

堺市長様

| | | | | |
|-----|------|-----------------------------------|----------|---|
| 申請者 | 住所 | 〒590-0000 堺市堺区〇〇町 1-2-3 | | |
| | 氏名 | 堺 花子 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 | 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | 被接種者との関係 | 母 |

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 | サカイ タロウ | 生年月日 | ○ 年 ○ 月 ○ 日 生 |
| | 氏名 | 堺 太郎 | | |
| | 住所 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 接種する医療機関あて | |
| | | () | (〇〇クリニック) | |
| 滞在地 | 〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3 | | | 様方 |
| 郵送先 | <input type="checkbox"/> 申請者住所 | | <input checked="" 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌 |