

予防接種実施依頼書交付申請書

宇部市長 様

〒

申請者 住所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

(被接種者との続柄 _____)

下記のとおり、予防接種を受けたいので、予防接種依頼書の交付を申請します。
記

被 接 種 者	住民票に記載の 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒			
	ふりがな 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ				
	生年月日	年 月 日		性 別	男 ・ 女	
予 防 接 種 の 種 類 ※該当するものに ☑をつけてください	高 齢 者 以 外	ロタウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目			
		小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目 <input type="checkbox"/> 追加			
		B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目			
		五種混合	1 期初回 (<input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目) <input type="checkbox"/> 1 期追加			
		四種混合	1 期初回 (<input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目) <input type="checkbox"/> 1 期追加			
		H i b (ヒブ)	<input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目 <input type="checkbox"/> 追加			
		B C G	<input type="checkbox"/>			
		麻しん風しん(MR)	<input type="checkbox"/> 1 期 <input type="checkbox"/> 2 期			
		水痘	<input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目			
		日本脳炎	1 期初回 (<input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目) <input type="checkbox"/> 1 期追加 <input type="checkbox"/> 2 期			
		二種混合	<input type="checkbox"/> 2 期			
		子宮頸がん(HPV)	<input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目			
		その他 (_____)				
	高 齢 者	<input type="checkbox"/> インフルエンザ		<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症		
<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌		<input type="checkbox"/> 帯状疱疹				
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 母親の里帰り出産により県外に事実上居住している <input type="checkbox"/> 県外施設への入所等の理由により県外に事実上居住している <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
滞 在 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 予定					
滞 在 先 住 所	〒					
実施依頼書・予診票等の 送 付 先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					