

年 月 日

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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(H P V)	<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 ()				