

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	<input type="checkbox"/> 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			
		<input type="checkbox"/> 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			
		<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"/> 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			
		<input type="checkbox"/> BCG				
		<input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR)	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2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			
		<input type="checkbox"/> 二種混合	<input type="checkbox"/> 2期			
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			
		<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 (母子免疫ワクチン)				
		<input type="checkbox"/> 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 (_____)					