**予防接種依頼書交付申請書**

令和　　年　　月　　日

　五島市長　様

申請者　　住　所　五島市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被接種者との続柄【　　　　　　　　　　】

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※同居の親族以外の場合は、委任状が必要です。

下記の者について、五島市外での定期予防接種を希望しますので、依頼書の発行を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者  （予防接種を受ける者） | フリガナ |  | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（満　　歳　　月） | | | 性別 | | 男・女 |
| 保護者名 | ※申請者と異なる場合のみ記入 | | | 続柄 | |  |
| 住　　所 | 〒　　－  五島市 | | | | | |
| 理　　由  （該当する番号に〇をつけてください） | １　里帰り出産により依頼先に滞在中のため  ２　依頼先にある医療機関（または施設）に入院、通院中のため  ３　かかりつけの医療機関が広域化委託医療機関以外のため  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 予防接種の種類  （希望するものに〇をつけてください） | ヒブ　　　　　　　初回（　１回目　・　２回目　・　３回目　）　追加 | | | | | | |
| 小児用肺炎球菌　　初回（　１回目　・　２回目　・　３回目　）　追加 | | | | | | |
| Ｂ型肝炎　　　　　　　　　１回目　・　２回目　・　３回目 | | | | | | |
| ロタウイルス　　　　　　　１回目　・　２回目　・　３回目 | | | | | | |
| 四種混合　　　１期初回（　１回目　・　２回目　・　３回目　）　追加 | | | | | | |
| 二種混合　　　　　２期 | | | | | | |
| ＢＣＧ　　　　　　　　　　１回 | | | | | | |
| ＭＲ（麻しん・風しん）　　１期　・　２期 | | | | | | |
| 水痘（水ぼうそう）　　　　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　　　１回 | | | | | | |
| 高齢者肺炎球菌　　　　　　１回 | | | | | | |
| 滞在先住所 | 〒　　－ | | | （電話番号） | | | |
|  | | | | | 様方 | |
| 依頼書の送付先  （希望する番号に〇をつけてください） | １　五島市の住所地  ２　滞在先  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 依頼先  （接種予定医療機関） | 市区町村長 | | （　　　　　　　都・道・府・県　　　　　　　市・区・町・村） | | | | |
| 医療機関名 | |  | | | | |
| 医療機関の住所 | | 〒　　－ | | | | |

※記載された事項について、お電話等で問い合わせさせていただくことがあります。