**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。