

# 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

フリガナ  
氏名

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<br>(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   | 〒 ー<br>五島市          |    |     |
| 理由<br>(該当する番号に○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<br>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<br>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<br>4 その他( )   |                     |    |     |
| 予防接種の種類<br>(希望するものに○をつけてください) | ヒブ 初回( 1回目・2回目・3回目 ) 追加<br>小児用肺炎球菌 初回( 1回目・2回目・3回目 ) 追加<br>B型肝炎 1回目・2回目・3回目<br>ロタウイルス 1回目・2回目・3回目<br>五種混合 1期初回( 1回目・2回目・3回目 ) 追加<br>四種混合 1期初回( 1回目・2回目・3回目 ) 追加<br>二種混合 2期<br>BCG 1回<br>MR(麻しん・風しん) 1期・2期<br>水痘(水ぼうそう) 1回目・2回目<br>日本脳炎 1期初回( 1回目・2回目 ) 1期追加・2期<br>子宮頸がん 1回目・2回目・3回目<br>インフルエンザ(高齢者) 1回<br>高齢者肺炎球菌 1回<br>新型コロナワクチン 1回 |                     |    |     |
| 滞在先住所                         | 〒 ー (電話番号)   |                     |    | 様方  |
| 依頼書の送付先<br>(希望する番号に○をつけてください) | 1 五島市の住所地<br>2 滞在先<br>3 その他( )   |                     |    |     |
| 依頼先<br>(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  | 〒 ー                 |    |     |

※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。