

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 (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 五島市			
理 由 (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 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○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 五種混合 1期初回（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ） 追加 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 RSウイルス 1回目 高齢者肺炎球菌 1回 带状疱疹（生水痘ワクチン） 1回 带状疱疹（組換えワクチン） 1回目 ・ 2回目				
滞在先住所	〒 ー （電話番号）				様方
依頼書の送付先 (希望する番号に○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	〒 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。