

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	〒 - 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 インフルエンザ(高齢者・中学生・妊婦) 1回 インフルエンザ(小学生以下) (1回目・2回目) 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○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。