

寒川町予防接種実施依頼書発行申込書

(宛先) 寒川町長

次のとおり委託外医療機関で予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申し込みます。

| | | |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| | | 申込日 年 月 日 |
| ①被接種者氏名 (接種を受ける人) | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| ②生年月日 | 年 月 日 (歳 か月) | |
| ③申込者氏名 <small>※申込者が被接種者と異なる場合のみご記入ください。</small> | | 被接種者との関係() |
| ④ 予 防 接 種 の 種 類 | * 委託外医療機関で受けたい予防接種に○をつけてください。 | |
| | 小児用肺炎球菌 | 1回目・2回目・3回目・追加 二種混合 2期1回 |
| | 四種混合 | 1回目・2回目・3回目・追加 子宮頸がん 1回目・2回目・3回目 |
| | ヒブ | 1回目・2回目・3回目・追加 ロタウイルス感染症 1回目・2回目・3回目 |
| | 五種混合 | 1回目・2回目・3回目・追加 RSウイルス感染症 1回 |
| | B型肝炎 | 1回目・2回目・追加 |
| | 麻しん・風しん混合 | 1期・2期 高齢者インフルエンザ 1回 |
| | BCG | 1回 高齢者肺炎球菌 1回 |
| | 水痘 | 1回目・2回目 高齢者新型コロナウイルス感染症 1回 |
| | 日本脳炎 | 1回目・2回目・1期追加・2期 |
| ⑤接種予定日 | 年 月 日 予定 ・ 未定 | |
| ⑥発行の理由 <small>※あてはまるものに○をつけ、 4. その他の場合は具体的な理由を記入してください。</small> | 1. 保護者が里帰り出産のため 2. 長期療養 3. 施設入所 4. その他 <具体的な理由> | |
| ⑦現住所 <small>※住所地を記入してください。</small> | 郵便番号 (253-) 寒川町 | |
| <input type="checkbox"/> 連絡先 | 電話番号 | () |
| ⑧滞在先住所 | 郵便番号 (-) 都道府県 | |
| <input type="checkbox"/> 連絡先 | 世帯主氏名、入所施設名等 | |
| | 電話番号 | () |
| ⑨接種予定医療機関等 | 医療機関名・医療機関所在地・電話番号 | |
| ⑩依頼書送付先 <small>希望するものに○をつけてください。</small> | 1. 現住所(⑦に同じ) 2. 滞在先住所(⑧に同じ) 3. その他 住所 : 宛 名 : | |
| ⑪備考 | | |