

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 ※申込者が被接種者と異なる場合のみご記入ください。					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	日本脳炎	1回目・2回目・1期追加・2期		
	四種混合	1回目・2回目・3回目・追加	二種混合	2期1回		
	ヒブ	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		
	五種混合	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		
	B型肝炎	1回目・2回目・追加				
	麻しん・風しん混合	1期・2期				
	BCG	1回	高齢者インフルエンザ	1回		
	水痘	1回目・2回目	高齢者肺炎球菌	1回		
⑤接種予定日	年 月 日 予定 ・ 未定					
⑥発行の理由 ※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。	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 ※住所地を記入してください。	郵便番号 (253－) 寒川町					
☐ 連絡先	電話番号	()				
⑧滞在先住所	郵便番号 (－) 都道府県					
☐ 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 希望するものに○をつけてください。	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						