

## 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            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            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
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		