

# 予防接種依頼申請書

令和 年 月 日

苫小牧市長 様

申請者 住 所：

氏 名：

電話番号： — —

※里帰り先等でも連絡が取れる電話番号をご記入ください。

下記の都合により、苫小牧市で予防接種を受けることができませんので、依頼書の発行をお願いいたします。

## 記

被接種者	住 所	※申請者と同じ場合は記載不要		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日生	性 別	
保護者氏名				
滞在先住所		〒 — (※方書) 様方		
依頼する市町村				
予防接種名		※接種を希望するワクチンを選択し、回数に○をつけてください。 <input type="checkbox"/> ロタ 1回目・2回目・3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ 1回目・2回目・3回目・追加 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 1回目・2回目・3回目・追加 <input type="checkbox"/> B型肝炎 1回目・2回目・3回目 <input type="checkbox"/> 四種混合 1回目・2回目・3回目・1期追加 <input type="checkbox"/> 五種混合 1回目・2回目・3回目・1期追加 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR 1期・2期 <input type="checkbox"/> 水痘 1回目・2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 1回目・2回目・1期追加・2期 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV) 1回目・2回目・3回目 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
理由 ※詳しくご記入ください		・ 里帰り出産のため ・ 被接種者が市外にて、入院又は通院しているため ・ その他 ( )		