

様式第1号 (第8条関係)

予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

美深町長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____ (印)
 被接種者との続柄 _____
 電話 _____

予防接種法による定期予防接種を、下記のとおり希望しますので、予防接種実施依頼書を交付して下さるようお願いいたします。

被接種者	住所	〒 _____		
	氏名 (保護者名)	TEL _____	生年 月日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風・百日せき・急性灰白髄炎 (四種混合) (1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加) <input type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風 (二種混合) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (初回1回目・2回目・追加) <input type="checkbox"/> H i b 感染症 (初回1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 (小児) (初回1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR) <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん (1期・2期) <input type="checkbox"/> 水痘 (初回・追加) <input type="checkbox"/> 結核 (B C G) <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 (初回1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1期初回1回目・2回目・1期追加・2期) <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症 (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 (高齢者)			
接種を希望する理由 ※その他は理由を記載	(ア) 出産等により長期にわたり町外に滞在するため (イ) 医学的観点から担当医のもとで接種する必要があるため (ウ) その他 ()			
依頼書送付先 <小児> 接種希望市町村名、又は 医療機関名 <高齢者> 接種医療機関名、又は施 設名等	<input type="checkbox"/> 医療機関名 _____ 院長名 _____ <input type="checkbox"/> 施設名 _____ 住所 _____ 代表者名 _____ 電話番号 _____ 担当者名 _____			