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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署又は押印）

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ください。

被接種者	住　　所	〒　　－ TEL　　－　　－		
	氏　　名 （保護者名）	（　　）	生年 月日	年　　月　　日 （満　　歳　　か月）
予防接種の種類		□ジフテリア・破傷風・百日せき・急性灰白髄炎・Ｈｉｂ感染症（五種混合） （1 期初回 1 回目・2 回目・3 回目・1 期追加） □ジフテリア・破傷風　（二種混合） □Ｂ型肝炎　（初回 1 回目・2 回目・追加） □肺炎球菌感染症（小児）（初回 1 回目・2 回目・3 回目・追加） □麻しん風しん(MR)　（1 期・2 期） □水痘（初回・追加）　□結核（ＢＣＧ） □ロタウイルス感染症　（初回 1 回目・2 回目・3 回目） □日本脳炎　（1 期初回 1 回目・2 回目・1 期追加・2 期） □ヒトパピローマウイルス感染症　（1 回目・2 回目・3 回目） □RS ウイルス感染症 □インフルエンザ　□肺炎球菌（高齢者） □新型コロナウイルス感染症　□帯状疱疹（1 回目・2 回目）		
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		□医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 院 長 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ □施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 住　　所 代表者名 電話番号 担当者名		