

定期予防接種依頼交付申請書

被接種者	住 所	小美玉市			
	氏 名		性別	男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日生 (歳 か月) ※被接種者が未成年の場合は、月齢まで記入してください。			
保 護 者 氏 名 ※被接種者が未成年の場合に記入					
理 由					
滞在先住所・電話番号		〒	電話番号		
予防接種の種類 (定期) ※該当する箇所を○で囲んでください。		四種混合 1 回目・2 回目・3 回目・1 期追加 二種混合 日本脳炎 1 回目・2 回目・1 期追加・2 期 BCG ヒブ 1 回目・2 回目・3 回目・追加 小児用肺炎球菌 1 回目・2 回目・3 回目・追加 水痘 1 回目・2 回目 麻しん風しん混合 1 期 ・ 2 期 不活化ポリオ 1 回目・2 回目・3 回目・4 回目 B 型肝炎 1 回目・2 回目・3 回目 ロタウイルス 1 回目・2 回目・3 回目 子宮頸がん 1 回目・2 回目・3 回目 インフルエンザ 成人用肺炎球菌 その他			
接種医療機関		住 所 〒	医療機関名 電 話 番 号		
上記の予防接種を受けたいので、定期予防接種依頼書の交付を申請します。 年 月 日 小美玉市長 殿 住 所 小美玉市 申請者 氏 名 _____ TEL _____					