様式第１号

予防接種実施依頼書交付申請書

令和　　年　　　月　　日

備前市長　　様

申請者　　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　続柄（　　　）

　　　電話　（　　　　）　　　‐

　下記のとおり接種を希望するため、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種者 | フリガナ  氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| 住所 | 備前市 |
| 保護者氏名 |  |
| 希望する予防接種 | **・四種混合・三種混合**　　1期初回（　1回　　2回　　3回　）　追加  **・二種混合**　　　　　　　2期  **・不活化ポリオ**　　　　初回（　1回　　2回　　3回　）　追加  **・BCG**　　　　　　　**・麻しん風しん混合（MR）**　1期　2期  **・麻しん**　　　　1期　2期　　　　　　**・風しん**　　　1期　2期  **・日本脳炎**1期初回（　1回目　2回目　）　1期追加　　2期  **・子宮頸がん**　　1回　　2回　　3回  **・ヒブ**1回　　2回　　3回　追加  **・小児用肺炎球菌**　　　　1回　　2回　　3回　追加  **・水痘**　　　　　　　　1回　　2回  **・B型肝炎**　　　　　　1回　　2回　　3回  **・ロタ**　　　　　　　　　1回　　2回　　3回 | |
| 接種希望日 | | 令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 依頼理由 | |  |
| 接種希望医療機関 | | 住所  医療機関名  　　☎　　　‐ |
| 滞在先住所  （施設名） | |  |