

様式第1号の1

予防接種依頼申請書(乳幼児用)

年 月 日

(あて先)那珂川市長

申請者氏名
(被接種者との続柄:)

那珂川市における予防接種()を下記の理由により接種できません

ので、()市・町・村の接種時にあわせて接種できるようお願いします。

記

ふりがな		生年月日	年 月 日
被接種者氏名	(男・女)		
保護者氏名		電話番号	() -
住 所	那珂川市		
申請の理由	かかりつけ医()		
接 種 日	年 月 日		
接種場所	医療機関 電話番号() -		
	所在地		
滞 在 先	〒 - (様方)		
	電話() -		
滞在予定期間	年 月 日 まで		

予防接種の種類(希望するものすべてに☑を付けてください)

RS	☐	
五種混合	1期 (☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目) ☐ 1期追加	
四種混合 ※五種混合を接種した人は不要	1期 (☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目) ☐ 1期追加	
ヒブ ※五種混合を接種した人は不要	初回 (☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目) ☐ 追加	
小児用肺炎球菌	初回 (☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目) ☐ 追加	
B型肝炎	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目	
BCG	☐	
麻しん・風しん	☐ 1期 ☐ 2期	
水痘	☐ 1回目 ☐ 2回	
日本脳炎	1期 (☐ 1回目 ☐ 2回目) ☐ 1期追加 ☐ 2期	
二種混合	☐	
子宮頸がん	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目	
ロタウイルス	ロタリックス	☐ 1回目 ☐ 2回目
	ロタテック	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目