

様式第 1 号

年 月 日

申請先 熊取町長

住 所 _____
申請者 氏 名 _____ (署名又は記名押印)
電話番号 () _____

予防接種依頼書交付申請書

下記のとおり予防接種を受けることを希望いたしますので、予防接種実施規則（昭和 33 年厚生省令第 27 号）及び予防接種実施要領（平成 17 年健発第 0127005 号厚生労働省健康局長通知）に準じて接種依頼方よろしく願います。

記

- 1 被接種者 氏名 _____ (男・女)
申請者との続柄 () *被接種者が未成年の場合のみ記入
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
- 2 予防接種の種類 不活化ポリオ初回 () 回目・BCG・麻しん風しん () 期
※該当接種を 四種混合 1 期初回 () 回目・1 期追加
○で囲む 五種混合 1 期初回 () 回目・1 期追加
二種混合 2 期 日本脳炎 1 期初回 () 回目・1 期追加・2 期
ヒトパピローマウイルス感染症 () 回目
ヒブ感染症初回 () 回目・追加
小児用肺炎球菌感染症初回 () 回目・追加
水痘 () 回目・高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌
B型肝炎 () 回目・ロタウイルス感染症 () 回目
- 3 理由 _____
- 4 依頼市町村名 _____
- 5 接種希望医療機関
医療機関名 _____
所在地 〒 _____
電話番号 () _____
- 6 滞在場所
住 所 〒 _____
(施設名・所在地等) _____ 様方
電話番号 () _____