

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 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

乳幼児等予防接種依頼書交付申請書

下記のとおり定期予防接種を受けることを希望いたしますので、接種依頼方よろしくお願いたします。

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・水痘 ( ) 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  
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 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_