

予防接種依頼書交付申請書

接種希望者	ふりがな 氏 名		
	住 所	つくばみらい市	
	電話番号		
	生年月日	年	月 日 (歳)
保護者氏名			
申請理由 ※該当項目に○を 入れてください。	1. 県外の市区町村で予防接種を受けるため 2. 予防接種要注意者 3. その他 (理由)		
滞在先住所 (連絡先) ※申請理由1の方は 記入してください。	〒		
	電話番号		
	世帯主名		
予防接種の種類 ※希望する予防接種の 番号、回数に○を入 れてください。	1. 小児肺炎球菌 【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】		
	2. B型肝炎 【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目】		
	3. ロタウイルス 【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目】		
	4. 五種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・インフルエンザ菌b型(Hib)) 【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】		
	5. BCG		
	6. 麻しん・風しん 【 第1期 ・ 第2期 】		
	7. 水痘 【 1回目 ・ 2回目 】		
	8. 日本脳炎 第1期【 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 】 ・ 第2期		
	9. ヒトパピローマウイルス (HPV) 【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 】		
	10. 二種混合 (ジフテリア・破傷風)		
	11. 四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ) 【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】		
	12. インフルエンザ菌b型 (Hib) 【1回目・2回目・3回目・追加】		
接種予定医療機関 (又は保健センター)	医療機関名(保健センター)		
	医療機関(保健センター)住所		
依頼書受取先 ※希望項目に○を 入れてください。	1. つくばみらい市健康増進課 窓口 (保健福祉センター内) 2. 現住所 3. 滞在先 あて名(様方 様) 4. 滞在先市区町村予防接種担当課 5. その他 (住所:)		
上記により予防接種依頼書の交付について申請します。 年 月 日 つくばみらい市長 様 申請者氏名			