

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

年 月 日

(あて先) 防府市長

(〒 - )

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先(自宅・会社・携帯 - - )

下記の予防接種を受けたいので依頼書の交付を申請します。

フリガナ			生年月日	年 月 日
被接種者氏名				
予防接種の種類 ※ 接種者は、予防接種法及び関係法令で定められている対象年齢に限ります。	(A類)	● BCG		
		● 四種混合(ジ・百・破・ポ)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
		● 二種混合(ジ・破)	2期	
● 不活化ポリオ		初回(1回目・2回目・3回目)・追加		
● 麻しん風しん混合		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		
● ヒブ感染症		初回(1回目・2回目・3回目)・追加・1回		
● 小児用肺炎球菌感染症		初回(1回目・2回目・3回目)・追加・1回・2回		
● 子宮頸がん予防 (ヒトパピローマウイルス感染症)		1回目・2回目・3回目		
● 水痘		1回目・2回目		
● B型肝炎		1回目・2回目・3回目		
● ロタウイルス感染症	1回目・2回目・3回目			
	(B類)	● インフルエンザ		
		● 成人用肺炎球菌感染症		
		● その他( )		
予防接種の実施方法	● 個別(下記医療機関) ● 集団(実施市町村名 )			
予防接種を希望する医療機関名	医療機関住所	(〒 - )		
	医療機関名			
	担当医師名			
	電話番号	( ) -		