

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 ● 五種混合(ジ・百・破・ポ・ヒ) 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 ● 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 ・ 5期 ● 麻しん 1期 ・ 2期 ● 風しん 1期 ・ 2期 ・ 5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 ● 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 ● 新型コロナワクチン ● 带状疱疹	
		● 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	() -	
依頼書の送付先 ※住所地以外を希望する場合は記入		(〒 -)	