

記入例

※予防接種予定日の1～2週間前に申請してください。

第1号様式(第4条関係)

茅ヶ崎市予防接種実施依頼書 交付申請書

次のとおり委託外医療機関で予防接種を受けたいので、依頼書等の発行を申請します。

被接種者 (接種を受ける人)	氏名	茅ヶ崎 太郎 [フリガナ: チガサキ タロウ]			
	生年月日	●● 年 ●● 月 ●● 日			
	住所	郵便番号 [●●●● - ●●●●] 茅ヶ崎市 ●●●●	電話番号 ●●●●-●●●●		
保護者氏名	茅ヶ崎 花子		(父母) ・ その他		
申込者氏名 ※保護者以外が申込の場合に記入	茅ヶ崎 次郎		被接種者との関係 (祖父)		
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 里帰り <input type="checkbox"/> 2. 長期療養 <input type="checkbox"/> 3. その他	左記についての具体的理由をご記入ください。 子が生後3か月まで母の実家に里帰り予定のため。			
予防接種の種類	ヒブ	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	風しん	契約外医療機関で予防接種を受ける理由について、○をつけた上で、具体的理由をご記入ください。	
	小児の肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	水痘		
	五種混合	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	日本脳炎		1期(1回目)・1期(2回目)・1期追加・2期
	四種混合	1回目・2回目 ・ 追加	二種混合		2期1回
	不活化ポリオ	1回目・2回目			1回目・2回目・3回目
	BCG	1回			1回目・2回目・3回目
	麻しん・風しん混合	1期・2期			1回目・2回目・3回目
	麻しん	1期・2期			
接種予定日	●● 年 ●● 月 ●● 日 ・ 未定				
接種予定医療機関等	名称	□□□医院			
	住所	郵便番号 [□□□ - □□□□] △△県○○町 4-5-6	茅ヶ崎市に滞在のまま、契約外医療機関で接種を受ける場合は、チェックをお願いします。		
	電話番号	○○○○-○○-○○○○			
滞在先	<input type="checkbox"/> 「被接種者の住所」に同じ				
	住所	郵便番号 [▼▼▼▼ - ▼▼▼▼] ▲▲県■町 7-8-9			
	氏名	湘南 三郎 [フリガナ: ショウナン サブロウ]			
	電話番号	▲▲▲▲-▲▲-▲▲▲▲			
依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 1. 現住所 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 3. その他				

担当者記入欄	担当者記入欄ですので、 未記入でお願いします。			(收受印)
処理欄	受付日		受付方法	来庁・郵送・電話
	受付番号			