

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	〔フリガナ: 〕		
	生年月日	年	月	日
	住所	郵便番号〔 ー 〕	電話番号	
保護者氏名		茅ヶ崎市		父母 ・ その他
申込者氏名 <small>※保護者以外が申込の場合に記入</small>				被接種者との関係 ()
申請の理由		1. 里帰り 2. 長期療養 3. その他	左記についての具体的理由をご記入ください。	
予 防 接 種 の 種 類	ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加	風しん	1期・2期
	小児の肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加	水痘	1回目・2回目
	五種混合	1回目・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・3回目・追加	二種混合	2期1回
	不活化ポリオ	1回目・2回目・3回目・追加	子宮頸がん	1回目・2回目・3回目
	BCG	1回	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	麻しん・風しん混合	1期・2期	ロタ	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			
	住所	郵便番号〔 ー 〕		
	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〔 ー 〕		
	氏名	〔フリガナ: 〕		
	電話番号			
依頼書送付先	1. 現住所 2. 滞在先住所 3. その他			

担当者記入欄				
	(收受印)			
処 理 欄	受付日		受付者	
	受付番号		受付方法	来庁・郵送・電話