

# 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 ※RSの場合は不要	茅ヶ崎 花子		(父母) ・ その他
申込者氏名 ※保護者及び本人(RS)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な理由をご記入ください。 <b>子が生後3か月まで母の実家に里帰り予定のため。</b>		
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
	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 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	日本脳炎 <small>1期(1回目) ・ 1期(2回目) ・ 1期追加 ・ 2期</small>
	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
	麻しん・風しん混合	1期 ・ 2期	ロタ
	麻しん	1期 ・ 2期	妊婦RS
	接種予定日	●● 年 ●● 月 ●● 日	
接種予定医療機関等	名称	□□□医院	
	住所	郵便番号 [ □□□ - □□□□ ] △△県○○町 4-5-6	
	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	1. 現住所 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 滞在先住所 3. その他		

担当者記入欄	※妊婦RSの場合は、実施依頼書に市作成の予診票を同封。			
	担当者記入欄ですので、 未記入でお願いします。			
処理欄	受付日		受付方法	(取受印)
	受付番号		来庁・郵送・電話	