

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 ※RSの場合は不要		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		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		妊婦RS	1回
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	※妊婦RSの場合は、実施依頼書に市作成の予診票を同封。 <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 50px; float: right; margin-top: 20px;">(收受印)</div>			
	処 理 欄	受付日	受付者	
	受付番号	受付方法	来庁・郵送・電話	