

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
	不活化ポリオ	1回目・2回目・3回目・追加		二種混合	2期1回
	BCG	1回		子宮頸がん	1回目・2回目・3回目
	麻しん・風しん混合	1期・2期		B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	麻しん	1期・2期		ロタ	1回目・2回目・3回目
				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	