

定期予防接種実施依頼書発行申請書

申請日 令和 年 月 日

大崎市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

— —  
(被接種者との続柄 )

次の理由により、大崎市が予防接種法に基づき実施する定期予防接種を受けることができないので、予防接種依頼書の発行について申請します。

記

接種を受ける方	住民票上の住所	〒 — 大崎市			
	滞在先住所	〒 —			
	フリガナ		性別（男・女）		
	氏名				
	生年月日	年 月 日生			
依頼する予防接種	※該当するものに○をつけてください				
	ヒブ	初回（1回目・2回目・3回目）・追加			
	小児肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加			
	5種混合（DPT-IPV-Hib）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加			
	4種混合（DPT-IPV）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加			
	2種混合（DT）	1回			
	BCG	1回			
	麻しん・風しん混合（MR）	1期・2期			
	水痘	1回目・2回目			
	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期			
	子宮頸がん予防（HPV）	1回目・2回目・3回目			
	RSウイルス（母子免疫ワクチン）	1回			
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目			
	ロタ	1回目・2回目・3回目（※3回目は5価のみ）			
	高齢者インフルエンザ	1回			
	高齢者新型コロナウイルス	1回			
	成人用肺炎球菌	1回			
	高齢者带状疱疹	1回目・2回目（※2回目は組換えワクチンのみ）			
その他（ ）					
依頼する理由	<input type="checkbox"/> 出産に伴う里帰り <input type="checkbox"/> 長期入院治療・長期施設入所 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 滞在先の市区町村長（※事前に滞在先自治体の予防接種担当課に確認してください。） <input type="checkbox"/> 接種を希望する医療機関の長 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>医療機関名： _____</td> </tr> <tr> <td>電話番号： _____</td> </tr> </table>			医療機関名： _____	電話番号： _____
医療機関名： _____					
電話番号： _____					