

舞鶴市長 様

申請者 住所 舞鶴市
(保護者) 氏名

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 願

下記の理由により、舞鶴市において実施される予防接種を受けることができません。
 ついては、下記滞在地において接種を受けたいので、滞在地にあてて予防接種依頼書を交付して
 いただくようお願いします。
 なお、滞在地で受ける予防接種の費用及び必要な諸検査料は、当方が負担します。

記

被接種者氏名 <small>(ふりがな)</small>			(男・女)
生年月日	年	月	日 (満 歳 か月)
現住所	〒 舞鶴市 (電話)		
保護者氏名			
依頼の理由			
滞在地	〒 様方 (電話)		
滞在期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
希望する 予防接種の 種類 <small>(種類に☑および回数に○をつけてください)</small>	<input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン	初回(1回目・2回目・3回目) 追加	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン	初回(1回目・2回目・3回目) 追加	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目) 追加	
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1期初回(1回目・2回目・3回目) 追加	
	<input type="checkbox"/> BCG		
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR)	1期 2期	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目) 追加 2期	
	<input type="checkbox"/> 二種混合	2期	
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン	1回目・2回目・3回目		
依頼書宛先 <small>(宛先に☑をつけ、必要事項を記入してください)</small>	<input type="checkbox"/> 市町村宛 市・町・村・長		
	<input type="checkbox"/> 協力医療機関 宛 医療機関名： 所在地： (電話) 接種医師名：		