

舞鶴市長 様

申請者 住所
(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

(ふりがな) 被接種者氏名		
生年月日		
現住所	〒 (電話)	
保護者氏名		
依頼の理由		
滞在地	〒 (電話)	
滞在期間		
希望する 予防接種の 種類 (種類に☑および回数に○をつけてください)	☐ ロタウイルスワクチン	1回目・2回目・3回目
	☐ ヒブワクチン	初回(1回目・2回目・3回目) 追加
	☐ 小児用肺炎球菌ワクチン	初回(1回目・2回目・3回目) 追加
	☐ B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	☐ 四種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目) 追加
	☐ 五種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目) 追加
	☐ 不活化ポリオ	1期初回(1回目・2回目・3回目) 追加
	☐ B C G	
	☐ 水痘	1回目・2回目
	☐ 麻しん風しん(MR)	1期 2期
	☐ 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目) 追加 2期
	☐ 二種混合	2期
	☐ 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 (宛先に☑をつけ、必要事項を記入してください)	☐ 市町村宛 市・町・村・長	
	☐ 協力医療機関 宛 医療機関名： 所在地： 接種医師名：	