

年 月 日

下呂市長 様

予防接種実施依頼書交付申請書

下記の理由で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

申請者（保護者）		被接種者 との続柄	
被接種者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	下呂市		
電話番号			
依頼する理由 (☑してください)	<input type="checkbox"/> ①里帰り出産等の理由により、一時的に県外に居住するため <input type="checkbox"/> ②県外施設への入所または就学就労等の理由により、県外に居住するため <input type="checkbox"/> ③疾病等の理由で二次・三次医療機関で接種することが望ましいため <input type="checkbox"/> ④その他 ( )		
滞在先住所	〒 -		
接種する 予防接種の種類 (○を付けてください)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ロタ ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目←ロタリックスの場合のみ)</li> <li>・ 四種混合 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )</li> <li>・ BCG</li> <li>・ ヒブ ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )</li> <li>・ 小児肺炎球菌 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )</li> <li>・ B型肝炎 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )</li> <li>・ MR ( 1期 ・ 2期 )</li> <li>・ 水痘 ( 初回 ・ 追加 )</li> <li>・ 日本脳炎 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期 )</li> <li>・ 二種混合</li> <li>・ HPV ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>		
65歳以上の方 (○を付けてください)	インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌		
接種する 医療機関	医療機関名 所在地 〒 - 電話番号		