

予防接種依頼書の申請書

朝霞市長宛

年 月 日

申 請 者	住所
	氏名
	被接種者との続柄 保護者・その他()
	電話番号(ご連絡の取れる番号)

朝霞市で実施する予防接種を下記の理由により受けることができないため、滞在地(医療機関)で接種が受けられるよう、依頼書の交付を申請いたします。

被 接 種 者	フリガナ 氏名
生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)
住 所	
保 護 者 氏 名	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者以外の場合(氏名) ※接種者が未成年の場合のみ、☑を入れてください。
滞在先、または 入院・入所先の住所	〒 (様方)
滞 在 期 間	年 月 日まで
接 種 希 望 医 療 機 関	医療機関名 住所 電話番号
依頼書の宛名	☐ 医療機関宛 ☐ 市町村長宛
依頼書の送付先	☐ 朝霞市の住所地 ☐ 滞在先 ☐ その他()
希 望 理 由	
予防接種の種類 (希望するワクチンに ☑を入れてください)	☐ ロタ(ロタリックス・ロタテック) ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ B型肝炎 ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ ヒブ ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加 ☐ 小児用肺炎球菌 ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加 ☐ 四種混合 1期(☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加) ☐ 五種混合 1期(☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加) ☐ 不活化ポリオ ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加 ☐ BCG ☐ 麻しん風しん混合 ☐ 第1期 ☐ 第2期 ☐ 麻しん ☐ 風しん ☐ 水痘 ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 日本脳炎 1期(☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 追加) ☐ 2期 ☐ 二種混合 ☐ 2期 ☐ ヒトパピローマウイルス(HPV) ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 高齢者帯状疱疹