

# 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。

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