

定期予防接種依頼交付申請書

被接種者	住 所	小美玉市		
	氏 名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生 (歳 か月) ※被接種者が未成年の場合は、月齢まで記入してください。		
保 護 者 氏 名 ※被接種者が未成年の場合、記入				
理 由				
滞在先住所・電話番号		電話番号		
予防接種の種類 (定期) ※該当する箇所を○で囲んでください。	四種混合 1 期初回(1 回目・2 回目・3 回目) 1 期追加 二種混合 (2 期) 日本脳炎 1 期初回(1 回目・2 回目) 1 期追加 2 期 BCG ヒブ 1 期初回(1 回目・2 回目・3 回目) 追加 小児用肺炎球菌 1 期初回(1 回目・2 回目・3 回目) 追加 水痘 (1 回目・2 回目) 麻しん風しん混合 1 期 2 期 不活化ポリオ (1 回目・2 回目・3 回目・4 回目) B 型肝炎 (1 回目・2 回目・3 回目) インフルエンザ 成人用肺炎球菌 その他			
接種医療機関	住 所			
	医療機関名			
	電 話 番 号			
上記の予防接種を受けたいので、定期予防接種依頼書の交付を申請します。				
	年 月 日			
	小美玉市長	殿		
	住 所	小美玉市		
申請者	氏 名			
	TEL	—		