

小松島市予防接種実施依頼書交付申請書

申請日 令和 年 月 日

小松島市長 様

申請者住所

申請者氏名

(被接種者との続柄)

次の予防接種の実施について、依頼書の発行を申請いたします。

予防接種 を受ける者	住 所	小松島市		
	氏 名			
	生年月日			
保 護 者 氏 名			電話番号	
依頼する予防接種 (希望するものに○を 記入してください。)	ロタウイルス感染症(1回目・2回目・3回目) Hib感染症(1回目・2回目・3回目・4回目) 小児の肺炎球菌感染症(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) 5種混合(1回目・2回目・3回目・4回目) 4種混合(1回目・2回目・3回目・4回目) 3種混合(1回目・2回目・3回目・4回目) BCG 麻しん風しん(1期・2期) 麻しん 風しん 水痘(1回目・2回目) 日本脳炎(1回目・2回目・追加・2期) 2種混合 ヒトパピローマウイルス感染症(1回目・2回目・3回目) 不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・4回目)			
申請の理由				
滞在先住所	〒			
	世帯主名		電話番号	
滞在先の市区町村名	市区町村 () 保健所・保健センター			
	住 所	〒		
	電話番号			
実施医療機関	医療機関名			
	住 所	〒		
	電話番号			
依頼状の宛先	市区町村長宛 ・ 実施医療機関院長宛 ※滞在先の市区町村に必ずご確認しどちらかに○をご記入ください。			