年 月 日

天草市長 様

|  |
| --- |
| 申請者（保護者） 　  |
| 申請者住所 天草市  |
| （電話 ）  |

　　　　　　　　　　　　　　**予防接種の依頼について**

予防接種法に基づく定期予防接種について、下記のとおり依頼での接種を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな被接種者名 |  |
| 生年月日 | 平成　・　令和 　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　）歳 |
| 予防接種 | □ Ｂ型肝炎□1回目 □2回目 □3回目□ ロタリックス□1回目 □2回目□ ロタテック□1回目 □2回目 □3回目□ ヒブ感染症初回□1回目 □2回目 □3回目□ ヒブ感染症追加□ 小児の肺炎球菌感染初回□1回目 □2回目 □3回目□ 小児の肺炎球菌感染症追加□ ＢＣＧ | □ 四種混合1期初回□1回目 □2回目 □3回目□ 四種混合1期追加□ ５種混合1期初回　□1回目 □2回目 □3回目□ ５種混合1期追加□ 二種混合2期□ 麻しん・風しん１期□ 麻しん・風しん2期 | □ ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ感染症□1回目 □2回目 □3回目□ 水痘□初回 □追加□ 日本脳炎1期初回　□1回目 □2回目□ 日本脳炎1期追加□ 日本脳炎2期□ その他（ ） |
| 滞在地の住所及び医療機関 | 滞在地の住所：接種予定医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 依頼理由 | 1. かかりつけ医での接種 　2. 養護学校入所 　3. 里帰り出産4. 実家帰省 　5. 入院中 　6. その他（ 　　　　　　　 ） |

※申請書等の郵送の場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　　　請　　　書 | 予　診　票 | 備　　考 |
| 発　送　日 | 返　信　日 | 発　送　日 | ※返信先住所・氏名等 |
|  |  |  |