（天草郡市以外での接種希望者用）

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 |
|  |  |  |