

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	<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 <input type="checkbox"/> ロタリックス <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> ロタテック <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ感染症初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ感染症追加 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症追加 <input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 四種混合1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 四種混合1期追加 <input type="checkbox"/> 二種混合2期 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん1期 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん2期 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期追加 <input type="checkbox"/> 日本脳炎2期	<input type="checkbox"/> ヒパピローウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 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