

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

袖ヶ浦市長

様

申請者 住所

氏名

電話番号

被接種者との続柄

袖ヶ浦市定期予防接種実施依頼書交付申請書

委託外医療機関で定期予防接種を受けたいので、下記のとおり袖ヶ浦市定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	フリガナ	
	氏名	
	住所	
	性別	
	生年月日	
	保護者氏名	※接種者が18歳未満の場合のみ記入
	電話番号	
滞在先	住所	
	滞在期間（予定）	
接種医療機関	名称	
	所在地	
	電話番号	
申請理由 ※該当するものに ○をつけてください	1 里帰り出産のため 2 医療機関等に長期入院、入所しているため 3 その他 ( )	
その他		

予防接種の種類 ※希望するものに○をつけてください	Hib（ヒブ）感染症	初回（1回目・2回目・3回目）、追加
	小児の肺炎球菌感染症	初回（1回目・2回目・3回目）、追加
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	ロタウイルス感染症	1回目・2回目・3回目（ロタテックのみ）
	5種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）、1期追加
	4種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）、1期追加
	三種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）、1期追加
	二種混合	2期
	B C G	
	急性灰白髄炎（ポリオ）	1期初回（1回目・2回目・3回目）、1期追加
	麻しん風しん混合	1期・2期
	麻しん	1期・2期
	風しん	1期・2期
	水痘	1回目・2回目
	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）、1期追加、2期
	ヒトパピローウイルス感染症	1回目・2回目・3回目
	R S ウイルス感染症（妊婦）	
	高齢者の肺炎球菌感染症	
	高齢者等インフルエンザ	
	新型コロナウイルス感染症	
帯状疱疹 生	1回目	
組換え	1回目・2回目	