

千葉県外における定期予防接種依頼申請書

申請日 年 月 日

袖ヶ浦市長 様

(申請者)

住 所

氏 名

電話番号

次のとおり、千葉県外の医療機関で定期予防接種を受けたいため申請します。

1. 被接種者

住 所 袖ヶ浦市
氏 名
保護者氏名 (続柄)
生年月日

2. 予防接種の種類 (希望するものに○印をつけてください。)

- ① ロタウイルス感染症 (1回目・2回目・3回目)
- ② Hib (ヒブ) 感染症 (1回目・2回目・3回目・4回目)
- ③ 小児の肺炎球菌感染症 (1回目・2回目・3回目・4回目)
- ④ B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)
- ⑤ BCG
- ⑥ 5種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)
- ⑦ 4種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)
- ⑧ 2種混合
- ⑨ 麻しん風しん混合 (1期・2期)
- ⑩ 水痘 (1回目・2回目)
- ⑪ 日本脳炎 (1回目・2回目・追加・第2期)
- ⑫ ヒトパピローウイルス感染症【子宮頸がん予防】 (1回目・2回目・3回目)
- ⑬ RSウイルス

3. 接種を希望する医療機関名称等

医療機関名
所在地
医師名

4. 千葉県内協力医療機関で接種できない理由 (例：里帰り出産のため)