

個別予防接種依頼申請書

大 泉 町 長 様

被^ふ予^り防^が接^な種^な者^な名

男 ・ 女

生年月日 年 月 日生 (才 ヶ月)

住 所 大泉町

保護者氏名

連絡先 (TEL)

下記の予防接種を次の医療機関にて受けられるよう、予防接種依頼書の発行をお願いいたします。

記

予 防 接 種 名	1. 四種混合 1 期 (初回 1 回目・初回 2 回目・初回 3 回目・追加)	
	2. 二種混合 2 期	
予 防 接 種 名	3. 麻しん風しん混合 (1 期・2 期)	
	4. 日本脳炎 1 期 (1 回目・2 回目・追加)	
予 防 接 種 名	5. 日本脳炎 2 期	
	6. B C G	
予 防 接 種 名	7. 不活化ポリオ (初回 1 回目・初回 2 回目・初回 3 回目・追加)	
	8. ヒブ (初回 1 回目・初回 2 回目・初回 3 回目・追加)	
予 防 接 種 名	9. 小児用肺炎球菌 (初回 1 回目・初回 2 回目・初回 3 回目・追加)	
	1 0. 子宮頸がん予防 (1 回目・2 回目・3 回目)	
予 防 接 種 名	1 1. 水痘(水ぼうそう) (1 回目・2 回目)	
	1 2. B型肝炎 (1 回目・2 回目・3 回目)	
予 防 接 種 名	1 3. ロタウイルス感染症 (1 回目・2 回目・3 回目)	
	※ 該当する番号に○をつけてください	
依 頼 医 療 機 関	住 所 (TEL)	
	医 院 名	
依 頼 理 由		