

令和 年 月 日

個別予防接種依頼申請書

大 泉 町 長 様

ふ り が な

被予防接種者名 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. 五種混合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 3. 麻しん風しん混合 (1期・2期・5期) 4. 日本脳炎1期 (1回目・2回目・追加) 5. 日本脳炎2期 6. BCG 7. ヒブ (初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加) 8. 小児用肺炎球菌 (初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加) 9. 子宮頸がん予防 (1回目・2回目・3回目) 10. 水痘(水ぼうそう) (1回目・2回目) 11. B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) 12. ロタウイルス感染症 (1回目・2回目・3回目) 13. RSウイルス感染症 ※ 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		