

摂津市予防接種実施依頼書交付申請書

**記入例**

令和 年 月 日

摂津市長 様

申請者 住所 **摂津市三島1-1-1**

**保護者名**

氏名 **摂津 太郎**

電話番号 **06-6170-2181**

**お子さんの名前**

被接種者との続柄 **父**

次のとおり摂津市以外で、予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

予防接種を受ける者	フリガナ	<b>せつ さくら</b>	性別
	氏名	<b>摂津 さくら</b>	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	生年月日	平成・ <input checked="" type="radio"/> 令和 ○○年 ○○月 ○○日 (○○歳)	
予防接種の種類 (希望するものに○印をつけてください)	ロタ ウイルス (ロタリックス) ( <input checked="" type="radio"/> 1回目・ <input checked="" type="radio"/> 2回目 ) ※どちらのワクチンを使用するか ( <input type="radio"/> 1回目・ <input type="radio"/> 2回目・ <input type="radio"/> 3回目 ) 病院でご確認ください。		
	B型肝炎 ( <input checked="" type="radio"/> 1回目・ <input checked="" type="radio"/> 2回目・ <input type="radio"/> 3回目 )		
	ヒブ ( <input checked="" type="radio"/> 初回1・ <input checked="" type="radio"/> 初回2・ <input type="radio"/> 初回3・追加 )		
	小児用肺炎球菌 ( <input checked="" type="radio"/> 初回1・ <input checked="" type="radio"/> 初回2・ <input type="radio"/> 初回3・追加 )		
	四種混合 1期 ( <input checked="" type="radio"/> 初回1・ <input type="radio"/> 初回2・ <input type="radio"/> 初回3・追加 )		
	二種混合 (DT)		
	不活化ポリオ ( <input type="radio"/> 初回1・ <input type="radio"/> 初回2・ <input type="radio"/> 初回3・追加 )		
	BCG		
	麻しん風しん (MR) ( 1期・2期 )		
	水痘 (水ぼうそう) ( 1回目・2回目 )		
	日本脳炎 ( <input type="radio"/> 初回1・ <input type="radio"/> 初回2・ <input type="radio"/> 追加・ <input type="radio"/> 2期 )		
	子宮頸がん ( 1回目・2回目・3回目 )		
予防接種を受ける医療機関名等	○○市 医療機関名 <b>○○クリニック</b>		
理由	1. かかりつけ医のため <input checked="" type="radio"/> 2. 帰省中のため 3. その他 ( )	<b>上記以外の連絡先がある場合に記入</b>	
連絡先	○○○-○○○-○○○○ ○○市○○町1-1-1 ○○様方	<b>送付先が自宅でない場</b>	

※ この申請は、予防接種の接種前の申請のみ有効です。接種後の申請はできません。

公印	課長	課長代理	係長	係員	受付	還付説明
						済・未