

年 月 日

上三川町長 様

住所

申請者

氏名.....

予防接種依頼書交付申請書

下記の理由により、予防接種依頼書の交付を申請します。

記

被 接 種 者	住 所	上三川町 番地		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月） 男 ・ 女		
	保護者名	続柄 父・母・（ ）		
	電話番号			
予防接種 の種類	乳幼児 児 童 生 徒	a. ジフテリア百日せき破傷風ポリオH i b（5種混合）（ 回） b. ジフテリア百日せき破傷風ポリオ（4種混合）（ 回） c. ジフテリア破傷風（2種混合） d. MR混合（麻しん・風しん）（ 回） e. 日本脳炎（ 回・追加・2期） f. B C G g. H i b（ 回） h. 小児用肺炎球菌（ 回） i. 水痘（ 回） j. 子宮頸がん（ 回） k. B型肝炎（ 回） l. ロタウイルス（ 回） m. _____（ 回）		
	高齢者	n. インフルエンザ o. 高齢者用肺炎球菌 p. 新型コロナウイルス感染症		
接種医療機関等		（名称） （所在地）		
上記医療機関で受ける理由				
本申請書に関する 連絡先		住所 氏名 電話番号（ ）		
接種予定日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
備 考				