

予防接種依頼書の申請書

朝霞市長宛

年 月 日

申請者	住所
	氏名
	被接種者との続柄 保護者・その他()
	電話番号(ご連絡の取れる番号)

朝霞市で実施する予防接種を下記の理由により受けることができないため、滞在地(医療機関)で接種が受けられるよう、依頼書の交付を申請いたします。

被接種者	フリガナ 氏名
生年月日	年 月 日 (歳 か月)
住所	
保護者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外の場合(氏名) <small>※接種者が未成年の場合のみ、☑を入れてください。</small>
滞在先、または入院・入所先の住所	〒 (様方)
滞在期間	年 月 日まで
接種希望医療機関	医療機関名 住所 電話番号
依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 医療機関宛 <input type="checkbox"/> 市町村長宛
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 朝霞市の住所地 <input type="checkbox"/> 滞在先 <input type="checkbox"/> その他()
希望理由	
予防接種の種類 <small>(希望するワクチンに☑を入れてください)</small>	<input type="checkbox"/> ロタ(ロタリックス・ロタテック) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 四種混合 1期(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> 五種混合 1期(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 <input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 1期(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス(HPV) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌