

予防接種依頼書交付申請書

令和 年 月 日

四国中央市長 様

申請者住所

申請者氏名

代理人住所

代理人氏名

続柄

連絡先電話番号

次のとおり、予防接種依頼書の交付を申請します。

被接種者	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日 (年齢)
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 四国中央市
	滞在先住所	〒 様方 滞在先電話番号:
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> ロタ	1回目・2回目・(3回目ロタテックに限る)
	<input type="checkbox"/> ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加
	<input type="checkbox"/> 5種混合(DPT-IPV-Hib)	1期(1回目・2回目・3回目・追加)・2期
	<input type="checkbox"/> ポリオ	1回目・2回目・3回目・追加
	<input type="checkbox"/> MR(麻しん・風しん)	1期・2期
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期(1回目・2回目・追加)・2期
	<input type="checkbox"/> BCG	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV)	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	
	<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌	
	<input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス感染症	
<input type="checkbox"/> 高齢者帯状疱疹	1回目・(2回目は組換えワクチン「シングリックス」に限る)	
申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り中のため <input type="checkbox"/> かかりつけ医があるため <input type="checkbox"/> 入院中・施設入所中のため <input type="checkbox"/> 県外の学校に通っているため <input type="checkbox"/> その他()	
備考 ※必ず記入してください	接種をする医療機関名: 所在地: (医療機関へは受け入れ可能であるか、あらかじめご確認ください)	

【市処理欄】

本人確認	※窓口に来た方の確認書類 マイナンバー・免・保・介・その他()
代理権確認	※窓口に来た方が本人(保護者)以外の場合は、本人(保護者)の委任を確認する書類が必要です 委状・免・保・介・母・案内文書・その他()

