様式第１号（第４条関係）

予防接種依頼書交付申請書

令和　　年　　月　　日

対　馬　市　長　　様

（申請者）　住　　所

氏　　名　　㊞

（被接種者との続柄：　　）

連 絡 先

被接種者名（フリガナ）				性別	男　・　女
生年月日	大正･昭和･平成・令和　　年　　月　　日			年齢	歳
住所	〒　　－ 対馬市　　町				
連絡先			保護者氏名 （小児の場合）		
滞在先	〒　　－ （世帯主）　　様方　（連絡先）				
滞在期間	年　月　日　～　年　月　日				
理由	１．　病気・出産などによる里帰り ２．　医療機関への入院・施設への入所 ３．　その他（　　）				
予防接種（☑をつける）	A類	ヒブ	□1回目・□2回目・□3回目・□追加		
		小児用肺炎球菌	□1回目・□2回目・□3回目・□追加		
		B型肝炎	□1回目・□2回目・□3回目		
		ロタウイルス	□1回目・□2回目・□3回目		
		四種混合	1期初回（□1回目・□2回目・□3回目）・□1期追加		
		二種混合	□2期		
		ＢＣＧ	□1回目		
		水痘	□1回目・□2回目		
		ＭＲ【麻しん風しん】	□1期・□2期		
		日本脳炎	1期初回（□1回目・□2回目）・□1期追加・□2期		
		子宮頸がん	□1回目・□2回目・□3回目		
	B類	成人用肺炎球菌	□１回目		
		インフルエンザ	□１回目		
接種予定医療機関	医療機関名			連絡先	
	住所	〒　　－			