

予防接種依頼書交付申請書

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

契約外医療機関で予防接種を受けたいので、以下のとおり申請します。

フリガナ 被接種者名				性別	男 ・ 女
生年月日		大正・昭和・平成・令和 年 月 日		年齢	歳 か月
住所		〒 対馬市			
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 予定			
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	
		五種混合		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	
	HPV		□ 1回目 ・ □ 2回目 ・ □ 3回目		
	B類	成人用肺炎球菌		□ 1回目	
		季節性インフルエンザ		□ 1回目	
		新型コロナウイルス		□ 1回目	
带状疱疹		□ 1回目 ・ □ 2回目 (シングリックスのみ)			
接種予定 医療機関		医療機関名		連絡先	
		住所	〒		