

# 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

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	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目・ <input type="checkbox"/> 追加
		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
		B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目
		ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目
		五種混合	1期初回( <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目 )・ <input type="checkbox"/> 1期追加
		二種混合	<input type="checkbox"/> 2期
		BCG	<input type="checkbox"/> 1回目
		水痘	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目
		MR【麻しん風しん】	<input type="checkbox"/> 1期・ <input type="checkbox"/> 2期
		日本脳炎	1期初回( <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目 )・ <input type="checkbox"/> 1期追加・ <input type="checkbox"/> 2期
		HPV	<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目・ <input type="checkbox"/> 3回目
		RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 1回目
	B類	成人用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目
		季節性インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 1回目
新型コロナウイルス		<input type="checkbox"/> 1回目	
帯状疱疹		<input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 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	〒 対馬市	