

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			
接種予定 医療機関	医療機関名		連絡先		
	住所		〒		