

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請者 住所
氏名
電話



次の理由により佐野市で実施する予防接種を受けることができません。
つきましては、次のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

理 由				
接種を希望する医療機関	医療機関名			
	住所			
被接種者	住所			
	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年	月	日
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目） <input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目） <input type="checkbox"/> ヒブワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加） <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加） <input type="checkbox"/> 4種混合（ジフテリア百日せき破傷風不活化ポリオ混合） <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加） <input type="checkbox"/> 3種混合（ジフテリア百日せき破傷風混合） <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加） <input type="checkbox"/> 不活化ポリオワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加） <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR（麻しん風しん混合）（ <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3期 <input type="checkbox"/> 4期） <input type="checkbox"/> 麻しん（ <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3期 <input type="checkbox"/> 4期） <input type="checkbox"/> 風しん（ <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3期 <input type="checkbox"/> 4期） <input type="checkbox"/> 水痘ワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目） <input type="checkbox"/> 日本脳炎ワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 2期） <input type="checkbox"/> 2種混合（ジフテリア破傷風混合） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目）			

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請者 住所
氏名
電話

保護者の名前を書い
てください

朱肉を付けて押す
印鑑で押印してく
ださい

印

次の理由により佐野市で実施する予防接種を受けることができません。
つきましては、次のとおり予防接種を受けたいので、~~予防接種実施依頼書の交~~
付を申請します。

記入例

※子供主体の文章で書いてください

- ・母親の里帰り出産に同行し、〇県の母親の実家に滞在しているため
- ・〇〇の疾患により通院中であるため
- ・〇〇でかかりつけのため（できるだけ詳しく理由を書いてください）

理由	
接種を希望する医療機関	医療機関 住所
被接種者	住所 フリガナ
	氏名
	生年月日
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン
	<input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目）
	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加）
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加）
	<input type="checkbox"/> 4種混合（ジフテリア百日せき破傷風不活化 ^ホ 財混合） （ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加）
	<input type="checkbox"/> 3種混合（ジフテリア百日せき破傷風混合） （ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加）
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加）
	<input type="checkbox"/> BCG
	<input type="checkbox"/> MR（麻しん風しん混合）（ <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期）
	<input type="checkbox"/> 麻しん（ <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3期 <input type="checkbox"/> 4期）
	<input type="checkbox"/> 風しん（ <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 3期 <input type="checkbox"/> 4期）
	<input type="checkbox"/> 水痘ワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目）
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎ワクチン（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 2期）
	<input type="checkbox"/> 2種混合（ジフテリア破傷風混合）
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん（ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目）	

医療機関の所在地も記入してください

- ・県内は〇市
- ・県外は〇県〇市〇〇番地

依頼書の有効期限が6か月
ですので、その期間中
に受けられるものにチ
ェックをしてください。