

予防接種依頼書交付申請書

下記の理由により、他市町村で予防接種を受けるために、依頼書の交付を願います。

記

予防接種者氏名	ふりがな				
生年月日・性別	平成 令和	年	月	日	(男・女)
住 所	東久留米市				
電 話 番 号					
保 護 者 氏 名	(RSウイルス感染症の接種の場合は記入不要)				
滞 在 先 住 所	〒 _____ 様方				
滞在予定期間	令和	年	月	日	～ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
接種医療機関名					
接種医療機関住所					
接種医療機関電話番号					
接 種 予 定 日					
予 防 接 種 名	経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン (ロタリックス)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
	五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン (ロタテック)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
	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
	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
	五種混合 (DPT-IPV-Hib)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	四種混合 (DPT-IPV)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	BCG	<input type="checkbox"/> BCG			
	MR (麻しん風しん混合)	<input type="checkbox"/> 第1期	<input type="checkbox"/> 第2期		
	水痘	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 第2期
	二種混合 (DT)	<input type="checkbox"/> DT			
	HPV (ヒトパピローウイルス)	<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"/> RS				
<p>チェックが入っていない予防接種は払い戻しができません。記入漏れがないよう十分にご確認ください。接種を受けるかどうか検討中の予防接種があれば、チェックを入れておくことをおすすめいたします。</p>					
申 請 理 由					

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

東久留米市長 様

申請者 住 所
氏 名
連絡先