

山 口 市 長 様

申請者住所

氏名

電話番号 () -

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

下記のとおり予防接種を受けることを希望いたしますので、予防接種実施規則及び予防接種要領に準じて接種依頼方よろしくお願いいたします。

記

ふりがな			
被接種者氏名			
生年月日	年 月 日生	申請者との続柄	
申請理由			
接種希望 医療機関	医療機関名		
	住所 〒		
	電話番号 () -		
滞在場所	〒		
	様方		
	電話番号 () -		

※希望される予防接種に○をつけてください

ヒブ 初回1回目		四種混合1期初回1回目		ロタウイルス 1回目		MR (麻しん風しん混合ワクチン) 1期
ヒブ 初回2回目		四種混合1期初回2回目		ロタウイルス 2回目		MR (麻しん風しん混合ワクチン) 2期
ヒブ 初回3回目		四種混合1期初回3回目		ロタウイルス 3回目		二種混合2期
ヒブ 追加		四種混合1期追加		日本脳炎1期初回1回目		
小児用肺炎球菌1回目		不活化ポリオ		日本脳炎1期初回2回目		
小児用肺炎球菌2回目		B型肝炎 1回目		日本脳炎1期追加		
小児用肺炎球菌3回目		B型肝炎 2回目		日本脳炎2期		
小児用肺炎球菌 追加		B型肝炎 3回目		水痘 初回		
BCG				水痘 追加		