

年 月 日

豊前市長 様

申請者 住所 豊前市

氏名

続柄()

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

このことについて、下記のとおり、依頼書を交付くださるよう申請します。

住 所	豊前市	電話	
保 護 者 氏 名			
被 接 種 者 氏 名			
被接種者生年月日	年 月 日 (歳 か月)		
実 施 市 町 村 実 施 医 療 機 関 及 び 接 種 医 師 名			
理 由	豊前市以外の市町村での接種 (滞在先住所及び連絡先:)		
予防接種名 ※依頼する予防接種名に○印を付けてください。			
ヒ ブ 1 回 目		B 型 肝 炎 1 回 目	水 痘 1 回 目
ヒ ブ 2 回 目		B 型 肝 炎 2 回 目	水 痘 2 回 目
ヒ ブ 3 回 目		B 型 肝 炎 3 回 目	日 本 脳 炎 第 1 期 初 回
ヒ ブ 追 加		四 種 混 合 第 1 期 初 回	日 本 脳 炎 2 回 目
小児用肺炎球菌1回目		四 種 混 合 2 回 目	日 本 脳 炎 追 加
小児用肺炎球菌2回目		四 種 混 合 3 回 目	日 本 脳 炎 第 2 期
小児用肺炎球菌3回目		四 種 混 合 第 1 期 追 加	子 宮 頸 がん 予 防 1 回 目
小児用肺炎球菌追加		二 種 混 合	子 宮 頸 がん 予 防 2 回 目
ロ タ 1 回 目		麻 疹 ・ 風 疹 (MR) 第 1 期	子 宮 頸 がん 予 防 3 回 目
ロ タ 2 回 目		麻 疹 ・ 風 疹 (MR) 第 2 期	高 齢 者 イン フ ル エ ン ザ
ロ タ 3 回 目		風 疹 第 5 期	高 齢 者 肺 炎 球 菌
B C G			