

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	初回接種(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加	
小児用肺炎球菌	初回接種(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加	
ロタ	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
BCG	1回	
B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
五種混合	1期初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加	
四種混合	1期初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加	
二種混合	2期	
麻しん・風しん(MR)	1期 ・ 2期	
風しん第5期	1回	
水痘	1回目 ・ 2回目	
日本脳炎	1期初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加	
子宮頸がん	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
高齢者インフルエンザ	1回	
高齢者肺炎球菌	1回	
高齢者新型コロナ	1回	
高齢者带状疱疹	生ワクチン(1回)	
	不活化ワクチン(1回目 ・ 2回目)	