

予防接種依頼申請書

申請日 年 月 日

下記の理由により、県外医療機関にて予防接種を受けたく、依頼書発行の申請をいたします。

多治見市長 様

申請者住所：多治見市

氏名：

記

希望する予防接種の種類と回数 (ワクチンと回数に○を付ける。その他のワクチンの場合は記入) ※5 種混合ワクチンは従来の4 種混合 (DPT-IPV) ワクチンとヒブワクチンが一緒になったワクチンです。原則として過去に接種歴のあるワクチンと同一のワクチンで接種することとなっています	・ 5 種混合	1 回目	・	2 回目	・	3 回目	・	追加
	・ 肺炎球菌	1 回目	・	2 回目	・	3 回目	・	追加
	・ B 型肝炎	1 回目	・	2 回目	・	3 回目		
	・ ロタウイルス	1 回目	・	2 回目	・	3 回目		
	・ B C G							
	・ MR	1 回目 (1 期)	・	2 回目 (2 期)				
	・ 水痘	1 回目	・	2 回目				
	・ 日本脳炎	1 回目	・	2 回目	・	1 期追加	・	2 期
	・ ヒブ	1 回目	・	2 回目	・	3 回目	・	追加
	・ 4 種混合	1 回目	・	2 回目	・	3 回目	・	追加
被接種者	ふりがな							
	氏 名							
	生 年 月 日	年	月	日 (	歳	ヶ月)		
	住 所	多治見市						
保護者氏名								
昼間連絡が取れる電話番号								
現に居住する場所 (里帰り先など)		〒 (様方)						
接種予定医療機関名 主治医名		医療機関名： 主治医名：						
医療機関所在地等		〒 TEL						
依頼理由								