

年 月 日

上三川町長 様

住所

申請者

氏名.....

予防接種依頼書交付申請書

下記の理由により、予防接種依頼書の交付を申請します。

記

被 接 種 者	住 所	上三川町	番地
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	男 ・ 女
	保護者名	続柄 父・母・ ( )	
	電話番号		
予 防 接 種 の 種 類	乳幼児 児 童 生 徒	a. ジフテリア百日せき破傷風ポリオH i b ( 5 種混合) ( 回目) b. ジフテリア破傷風 ( 2 種混合) c. MR 混合 ( 麻しん・風しん) ( 回目) d. 日本脳炎 ( 回目・追加・2期) e. B C G f. H i b ( 回目) g. 小児用肺炎球菌 ( 回目) h. 水痘 ( 回目) i. 子宮頸がん ( 回目) j. B型肝炎 ( 回目) k. ロタウイルス ( 回目) l. R S ウイルス m. _____ ( 回目)	
	高齢者	n. インフルエンザ o. 高齢者用肺炎球菌 p. 新型コロナウイルス感染症	
接種医療機関等	(名称)		
上記医療機関で受ける理由	(所在地)		
本申請書に関する連絡先	住所		
	氏名		
	電話番号	( )	
接種予定日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
備 考			