鎌ケ谷市予防接種依頼書発行申請書

申請日　　年　　月　　日

鎌ケ谷市長　あて

申請者	住　所			
	氏　名	フリガナ	接種を受ける方との続柄	
	電話番号			

次のとおり予防接種を受けたいので申請します。

予防接種を受ける方	フリガナ 氏名	性別	生年月日 年　月　日
保護者氏名	＊申請者と異なる場合に記入		
住所	＊申請者と異なる場合に記入		
電話番号	＊申請者と異なる場合に記入		
申請理由			
滞在先住所	〒　－ （　　）様方		
滞在先電話番号			
接種医療機関	医療機関名		
	電話番号	所在する市町村名（　　）	
接種する日	年　月　日		

予防接種の種類（接種するワクチンにレ点を、回数に○を付けてください）	☐ RSウイルス	**※定期接種の期間：妊娠28週0日～36週6日**
	☐ ロタリックス	1回目 ・ 2回目
	☐ ロタテック	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	☐ 小児用肺炎球菌	初回（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）・ 追加
	☐ 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
	☐ BCG	
	☐ 麻しん風しん混合	1期 ・ 2期
	☐ 水痘	1回目 ・ 2回目
	☐ 日本脳炎	1期初回（ 1回目 ・ 2回目 ）・ 1期追加 ・ 2期
	☐ 二種混合	
	☐ 子宮頸がん予防	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	☐ 三種混合	1期初回（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）・ 1期追加
	☐ 不活化ポリオ	初回（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）・ 追加
	☐ ヒブ	初回（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）・ 追加
	☐ 麻しん	1期 ・ 2期
	☐ 風しん	1期 ・ 2期
依頼書宛先	1. 市町村長あて　　2. 接種医療機関あて	
依頼書送付先	1. 現住所　　2. 滞在先　　3. 市町村　　4. 接種医療機関	

［鎌ケ谷市処理欄］　コード（　　）