

※記入例
(RSウイルス)

鎌ヶ谷市予防接種依頼書発行申請書

申請日 20XX 年 X 月 X 日

鎌ヶ谷市長 あて

申請者	住所	鎌ヶ谷市△△△△△△△△△△		
	氏名	フリガナ カマガヤ ハナコ 鎌ヶ谷 花子	接種を受ける方との続柄	本人
	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 カマガヤ ハナコ 氏名 鎌ヶ谷 花子	性別	女	生年月日	20XX年 X月 X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	里帰り先で接種を受けるため				
滞在先住所	〒○○○-○○○○ ○○県□□市○○○○○ (栗山)様方				
滞在先電話番号	○○○-○○○○-○○○○				
接種医療機関	医療機関名	○○病院			
	電話番号	○○○-○○○○-○○○○	所在する市町村名(□□市)		
接種する日	20XX 年 X 月 X 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)	<input checked="" type="checkbox"/> RSウイルス	※定期接種の期間:妊娠28週0日~36週6日			
	<input type="checkbox"/> ロタリックス	1回目・2回目			
	<input type="checkbox"/> ロタテック	1回目・2回目・3回目			
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加			
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目			
	<input type="checkbox"/> 五種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加			
	<input type="checkbox"/> BCG				
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	1期・2期			
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目			
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期			
	<input type="checkbox"/> 二種混合				
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防	1回目・2回目・3回目			
	<input type="checkbox"/> 三種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加			
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	初回(1回目)追加			
	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回(1回目)追加			
<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期				
<input type="checkbox"/> 風しん	1期・追加				
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				

滞在先の市町村へ問い合わせの上、依頼書の宛先に○を付けてください。

[鎌ヶ谷市処理欄] コード()