

※記入例  
(その他の予防接種)

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	接種を受ける方との続柄	母
	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 コウセイ 氏名 鎌ヶ谷 輝星	性別	男	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	○○小児科医院				
	電話番号	○○○-○○○○-○○○○	所在する市町村名( □□市 )			
接種する日	20XX 年 X 月 X 日				※複数回接種する場合は、最初に接種する日を記入してください。	
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 type="checkbox"/> RSウイルス	※定期接種の				
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加				
	<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目				
	<input checked="" 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				
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目・3回目)				
	<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・2回目・3回目)追加				
<input type="checkbox"/> ヒブ	初回(1回目・2回目)追加					
<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期					
<input type="checkbox"/> 風しん	1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					

滞在先で接種する回数全てに○を付けてください。わからないときは健康増進課予防係(047-445-1390)へご相談ください。

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( )