

令和 年 月 日

申請者 (申請書を記入する人)	住 所	〒 電話()		
	氏 名	フリガナ 氏	被接種者との 関係	

被接種者 (接種を受ける人)	住所	〒 電話()			
※住所・氏名は申請者と異なる 場合のみ記入	氏名	フリガナ	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 (歳 ヲ月)	
接種希望 医療機関等	住所	〒 電話()			
	名称				
申請理由 (いずれかに○)	1. 保護者が妊娠、出産、疾病等やむを得ない理由により、一時帰省しているため 2. 指定医療機関以外の医療機関への長期入院、通院又は施設への入所のため 入院・入所先が、接種希望医療機関等と異なる場合、名称記入() 3. その他()				
滞在先住所	〒 様方 電話()				
滞在期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
希望する予防接種の 種類 (依頼書の有効期限内に接 種予定の予防接種名全て に○ 回数・期等がある場合はそ の箇所も○)	1. ロタウイルス	(1 回目・2 回目・3 回目)	8. 麻しん風しん	(第 1 期・第 2 期・5 期)	
	2. B 型肝炎	(1 回目・2 回目・3 回目)	風しん	(5 期)	
	3. ヒブ	(1 回目・2 回目・3 回目・追加)	9. 水痘	(1 回目・2 回目)	
	4. 小児の肺炎球菌感染症	(1 回目・2 回目・3 回目・追加)	10. 日本脳炎第 1 期	(1 回目・2 回目・追加)	
	5. 不活化ポリオ	(1 回目・2 回目・3 回目・追加)	11. 日本脳炎第 2 期		
	6. 五種混合・三種混合	(1 回目・2 回目・3 回目・追加)	12. ヒトパピローマウイルス感染症	(1 回目・2 回目・3 回目)	
	7. BCG		13. 二種混合		
			14. RS ウイルス		
	15. 高齢者のインフルエンザ	(本人接種意思 : 有 ・ 無)※本人接種意思が無ければ接種不可			
	16. 高齢者の肺炎球菌感染症	(ニューモバックス NP 接種歴 : 有 ・ 無)※接種歴があれば接種不可			
17. 高齢者の新型コロナウイルス感染症	(本人接種意思 : 有 ・ 無)※本人接種意思が無ければ接種不可				
18. 高齢者の带状疱疹 (生ワクチン・組換えワクチン 1 回目・組換えワクチン 2 回目)	(本人接種意思 : 有 ・ 無)※本人接種意思が無ければ接種不可				

☎0965-33-5116