

神栖市長 様

申請者 住所
氏名 続柄（ ）
電話番号

予防接種（要注意者紹介制度）依頼書交付申請書

市外医療機関等での予防接種について、下記のとおり申請します。

記

接種対象者氏名 (接種を受ける者)	(男・女)	生年月日	年 月 日
接種対象者住所	茨城県神栖市		
保護者氏名 (未成年の場合ご記入願います)		電話	
入院・滞在先等住所		電話	
希望医療機関名等 (市町村名と接種会場など)		電話	
希望する予防接種 ※希望する予防接種と回数に、○を付けてください。	・ B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	
	・ ヒブ[Hib]	1 回目・2 回目・3 回目・追加	
	・ 小児用肺炎球菌	1 回目・2 回目・3 回目・追加	
	・ ロタウイルス	1 回目・2 回目・3 回目	
	・ 五種混合[DPT-IPV-Hib]	第 1 期 (1・2・3・追加)	
	・ 四種混合[DPT-IPV]	第 1 期 (1・2・3・追加)	
	・ 結核[BCG]		
	・ 水痘	1 回目・2 回目	
	・ 麻しん風しん混合[MR]	第 1 期・第 2 期	
	・ 日本脳炎	第 1 期 (1・2・追加) ・第 2 期	
	・ 二種混合[DT]	第 2 期	
	・ 子宮頸がん予防[HPV]	1 回目・2 回目・3 回目	
	・ 高齢者肺炎球菌		
	・ インフルエンザ	小児 (1 回目・2 回目)・高齢者等	
	・ 新型コロナウイルス感染症		
	・ 帯状疱疹	生ワクチン・組換えワクチン(1 回目・2 回目)	
	・ その他 ()		
住所地外で接種を希望する理由 ※該当する番号に○を付けてください。	1 入院または入所しているため 2 主治医等からの指示のため (現在治療中の疾患名：) 3 出産等による里帰りのため 4 その他 ()		