

年 月 日

神栖市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

定期予防接種依頼書（要注意者紹介制度依頼書）交付申請書

次の者が、市外医療機関で下記の予防接種を受けたいので申請します。

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  ※左記の希望する予防接種等に、それぞれ○を付けてください。	・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	
	・四種混合[DPT-IPV]	第1期 (1・2・3・追加)	
	・B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	・BCG		
	・麻しん風しん混合[MR]	第1期・第2期	
	・水痘	1回目・2回目	
	・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 ・ 高齢者	
・			
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。 *[ ]内は必要書類	1. 入院または入所しているため [入院等わかる書類] 2. 主治医等からの指示のため [指示がわかる書類] (現在治療中の疾患名： ) 3. 出産による里帰りのため (生後2か月以内) 4. 自己都合による [なし ]		

職員記入欄	依 ・ 要	受付 No.	
-------	-------	--------	--