

年 月 日

神栖市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

続柄（ ）

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		
	・その他（ ）		
住所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（ ）		