

燕市予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

燕市長 様

申請者（保護者）

住 所 燕市

氏 名

電話番号

新潟県外で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	フリカ、ナ 氏 名	(男 ・ 女)	
	生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)	
	住 所	〒 ー 燕市	
滞 在 先 住 所		〒 ー (様方)	
滞 在 期 間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日頃まで	
滞 在 の 理 由			
予 防 接 種 名 *希望するものに ☑し、接種回数に ○を付けて下さい	☐ ヒブ	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	
	☐ B型肝炎	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目	
	☐ 四種混合	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 追加	
	☐ 5 種混合	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 追加	
	☐ B C G		
	☐ ロタウイルス 感染症	1 価（ロタリックス）1 回目 ・ 2 回目 5 価（ロタテック） 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目	
	☐ 麻しん風しん	1 期 ・ 2 期	
	☐ 水痘	1 回目 ・ 2 回目	
	☐ 日本脳炎	1 回目 ・ 2 回目 ・ 追加 ・ 2 期	
	☐ 二種混合	2 期	
☐ 子宮頸がん	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目		
接種予定医療機関	医療機関名： 住 所：〒 ー 電 話 番 号：		