予防接種要注意者依頼書交付申請書

申請日 202　 年　 　月　 　日

龍ケ崎市長　様

申請者　氏　 名

被接種者との続柄　（　　　　　　　）

次のとおり、予防接種要注意者依頼書の交付を申請します。

**(※太枠内をご記入下さい)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふ り が な  氏 　　名 |  | | 生年月日 | 年　　　　月　 　　日  （　　　　　　歳　　　　　か月） | |
| 住 民 票に  記載の住所 | 〒301-  龍ケ崎市 | | | | |
| 保護者氏名 | | □申請者と同じ |  | | | |
| 電 話 番 号  （日中つながる連絡先） | | －　　　　　　 －　　 　　（父・母・その他） | | | | |
| 希望する  医療機関名  （医療機関に〇） | | 茨城県立こども病院　・　総合病院土浦協同病院　　　筑波大学附属病院　・　筑波メディカルセンター病院　　JAとりで総合医療センター | | | | かかりつけの場合は、☑ |
| □ |
| 希望する  予防接種の種類及び回数 | | * ロタ | | １回目・２回目・３回目 | | |
| * ヒブ（Hib） | | 初回（１回目・２回目・３回目）・追加 | | |
| * 小児用肺炎球菌 | | 初回（１回目・２回目・３回目）・追加 | | |
| * Ｂ型肝炎 | | １回目・２回目・３回目 | | |
| * ５種混合（DPT－IPV－Hib） | | １期初回（１回目・２回目・３回目）・  １期追加 | | |
| * ４種混合（DPT－IPV） | | １期初回（１回目・２回目・３回目）・  １期追加 | | |
| * ＢＣＧ | |  | | |
| * 麻しん風しん混合（MR） | | １期・２期 | | |
| * 水痘 | | １回目・２回目 | | |
| * 日本脳炎 | | １期初回（１回目・２回目）・１期追加  ・２期 | | |
| * ２種混合（DT） | | ２期 | | |
| * 子宮頸がん予防（HPV） | | １回目・２回目・３回目 | | |
| * その他（　　　　　　　　　　） | |  | | |
| 申請理由 | |  | | | | |

〈添付書類〉

□ 母子健康手帳（出生届出済証明欄・予防接種の記録のページ）の写し

□ 医師の紹介状　※かかりつけの場合は、任意の指示書・証明書等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※事務処理記入欄※ | 宛名№ (　　　 　 ） | 受付方法（窓口・郵送）受付者（　　　　　） |