

予防接種要注意者依頼書交付申請書

申請日 202 年 月 日

龍ヶ崎市長 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- 龍ヶ崎市		
保護者氏名		<input type="checkbox"/> 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○)		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、 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
希望する 予防接種の種類 及び回数		<input type="checkbox"/> ロタ	1回目・2回目・3回目	
		<input type="checkbox"/> ヒブ(Hib)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
		<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
		<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
		<input type="checkbox"/> 5種混合(DPT-IPV-Hib)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・ 1期追加	
		<input type="checkbox"/> 4種混合(DPT-IPV)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・ 1期追加	
		<input type="checkbox"/> BCG		
		<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)	1期・2期	
		<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	
		<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・1期追加 ・2期	
		<input type="checkbox"/> 2種混合(DT)	2期	
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(HPV)	1回目・2回目・3回目	
		<input type="checkbox"/> 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No. ()	受付方法(窓口・郵送) 受付者 ()
-----------	-----------	---------------------