

定期予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

倉敷市長様

(申請者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

被接種者  
との続柄 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

このことについて、次のとおり予防接種の実施を依頼して下さるようお願いいたします。

記

被 接 種 者	フリガナ	
	被接種者氏名	
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日
	住所（住民登録地）	
<b>予防接種名の種類</b> (希望する種類、回数に○を してください。)  ※希望する予防接種が2回目以 降であれば、前回接種日を下の 欄に記入してください。 (複数回答可)		五種混合 : 1期初回 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・ 1期追加 四種混合 : 1期初回 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・ 1期追加 二種混合 : 2期 B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 日本脳炎 : 1期初回 (1回目・2回目) ・ 1期追加 ・ 2期 小児用肺炎球菌 : 初回 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・ 追加 ヒブ : 初回 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・ 追加 BCG 子宮頸がん (サーバリックス) : 1回目・2回目・3回目 子宮頸がん (ガーダシル) : 1回目・2回目・3回目 子宮頸がん (シルガード9) : 1回目・2回目・3回目 水痘 : 1回目・2回目 麻しん風しん混合 : 1回目・2回目 ロタウイルス (ロタリックス) : 1回目・2回目 ロタウイルス (ロタテック) : 1回目・2回目・3回目 高齢者肺炎球菌 ・ 高齢者インフルエンザ ・ 高齢者新型コロナ 高齢者帯状疱疹 (ビケン) : 1回目 (シングリックス) : 1回目・2回目
依頼理由		
接種希望日 (予定)		
接種希望医療機関名		
接種希望医療機関住所		〒 _____ TEL ( _____ )
滞在先住所		〒 _____ ( _____ 様方)
認 市 接 種 上 の 区 町 希 望 村 に 先 入 確 の	依頼書の送付先 (いずれかに○)	滞在先 ・ 申請者住所 ・ 依頼する市区町村 (担当課: _____)
	依頼書のあて名 (どちらかに○)	依頼する市区町村 (市区町村名: _____) ・ 接種希望医療機関