

定期予防接種実施依頼書発行申請書（小児）

定期予防接種実施依頼書の発行を以下のとおり希望致します。

被接種者	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏名			
	住所	守谷市		
保護者	フリガナ		電話 番号	
	氏名			
申請前に以下の事項について予防接種を行う予定の病院の住所の市区町村の予防接種担当課に確認してください				
予防接種実施依頼書宛先について		<input type="checkbox"/> 病院宛て <input type="checkbox"/> 市区町村宛て		
予防接種実施依頼書宛先の名称		<small>例）宛先が病院の場合→〇〇こどもクリニック（病院の名称を記入） 宛先が市町村の場合→△△市，□□区（病院の住所の市区町村名を記入）</small>		
予防接種実施依頼書提出先について		<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 市区町村		
予防接種の種類 （丸をつける）		ヒブ （ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目・追加接種		
		小児肺炎球菌 （ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目・追加接種		
		ロタウイルス （ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目		
		四種混合 （ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目・追加接種		
		B型肝炎 （ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目		
		BCG		
		麻しん風しん 1期・2期		
		水痘 （ 1 ・ 2 ）回目		
		日本脳炎 1期（ 1 ・ 2 ）回目・追加接種・2期		
		二種混合		
		子宮頸がん （ 1 ・ 2 ・ 3 ）回目		
接種予定日		年 月 日		
守谷市の予診票の有無		<input type="checkbox"/> 手元に持っている <input type="checkbox"/> 持っていない		
申請理由 <small>※「その他」の場合は理由を記入</small>		<input type="checkbox"/> 里帰り中のため <input type="checkbox"/> かかりつけ医で接種するため <input type="checkbox"/> その他（理由： ）		
書類送付先住所 <small>（里帰り先または滞在先の住所を記入）</small>		〒 都・道 市		
		住所 府・県 区・郡		
		世帯主名		