

予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

千歳市長 様

申請者 住 所

氏 名
被接種者との続柄 ()
電話番号

予防接種法に基づく定期予防接種実施依頼書の発行を申請します。
また、接種に際して費用請求があった場合は、全額自己負担となることを了承いたします。

住所 (住民登録のあるところ)	(申請者住所と同じ場合は「同上」とご記入ください。) 千歳市		
被接種者氏名	フリガナ		
	氏 名		
生年月日	平成・令和	年	月 日
保護者氏名			続柄 ()
	連絡先電話番号	()	
申請理由			
予防接種の種類 (希望するものに○をしてください。)	ロタウイルス感染症 1回目・2回目・3回目 B型肝炎 1回目・2回目・3回目 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 五種混合 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 二種混合 BCG 麻しん風しん混合 1期 ・ 2期 水痘 1回目 ・ 2回目 日本脳炎 1期 (1回目・2回目・3回目)・2期 ヒトパピローマウイルス感染症 1回目・2回目・3回目 不活化ポリオ 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 三種混合 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
滞在先住所	〒 () 様方 電話番号 () -		
滞在期間	令和	年	月 日 ~ 令和 年 月 日
接種を受ける市町村 または医療機関	〒 (住所) (市町村または医療機関名) (電話番号) () -		
依頼書の提出先 (該当するものに○をしてください。)	接種を受ける市町村 ・ 接種を受ける医療機関		
依頼書の送付先 (該当するものに○をしてください。)	接種を受ける市町村 ・ 現住所 ・ 滞在先		