

第1号様式(第5条関係)

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

(あて先)八戸市長

申請者(被接種者) ※被接種者が未成年の場合は保護者

住所 〒

氏名

被接種者との関係 ()

電話番号

(日中連絡がとれる番号)

次のとおり、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

| | | | | |
|--------------------------------------|--|--|-------------|-------------------|
| 被 接 種 者 | 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 八戸市 | | |
| | フリガナ | | 男 ・ 女 | 年 月 日生 (歳 か月) |
| | 氏 名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | |
| | 滞在先住所 | 〒 (様方) | | |
| 理 由 | <input type="checkbox"/> 里帰り出産等で県外に滞在している <input type="checkbox"/> 医療機関へ入院または施設入所等のため市外に滞在している <input type="checkbox"/> その他(具体的理由) | | | |
| 依 頼 す る 予 防 接 種 | ※あてはまるものに✓をつけてください。 <small>ロタリックス ロタテック</small> ロタ(1価・5価) ※どちらかに○ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目※5価のみ ヒブ感染症 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 四種混合 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 水痘 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 2期 二種混合 <input type="checkbox"/> ヒトパピローウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> | | | |
| 依 頼 先 | ※滞在先の市区町村に依頼先を確認の上、ご記入ください。 <input type="checkbox"/> 市区町村長 <input type="checkbox"/> 実施医療機関の長 (市区町村) 医療機関名 () | | | |

【送付先】〒031-0011 八戸市田向3-6-1 八戸市保健所 保健予防課