

【記入例】

予防接種実施依頼書交付申請書

令和〇年〇月〇日

(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 〒000-0000

八戸市〇〇町〇番〇号

氏名 八戸花子

被接種者との関係(母)

電話番号 000-0000-0000

(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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 八戸市		
	フリガナ	ハチノヘ タロウ		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 八戸太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女	令和〇年〇月〇日生 (〇歳〇か月)
	滞在先住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号 (△△△△様方)		
理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り出産等で県外に滞在している <input type="checkbox"/> 医療機関へ入通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	<p>※あてはまるものに✓をつけてください。年度内(3/31まで)に接種予定のものに✓</p> <p>ロタ<small>ブリック</small>(1<small>個</small>・5<small>個</small>) ※どちらかに〇 <input checked="" type="checkbox"/>1回目 <input checked="" type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目 ※5価のみ</p> <p>ヒブ感染症 <input checked="" type="checkbox"/>1回目 <input checked="" type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目 <input type="checkbox"/>追加</p> <p>小児用肺炎球菌 <input checked="" type="checkbox"/>1回目 <input checked="" type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目 <input type="checkbox"/>追加</p> <p>B型肝炎 <input checked="" type="checkbox"/>1回目 <input checked="" type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目</p> <p>四種混合 <input checked="" type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目 <input type="checkbox"/>3回目 <input type="checkbox"/>追加</p> <p>BCG <input type="checkbox"/></p> <p>麻しん風しん混合 <input type="checkbox"/>1期 <input type="checkbox"/>2期</p> <p>水痘 <input type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目</p> <p>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</p> <p>二種混合 <input type="checkbox"/></p> <p>ヒ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</p> <p>高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/></p> <p>高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/></p>			
依頼先	<p>※滞在先の市区町村に依頼先を確認の上、ご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/>市区町村長 <input checked="" type="checkbox"/>実施医療機関の長 (市区町村) 医療機関名 (△△小児クリニック)</p>			