

【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

住民登録のある八戸市の 住所・接種を受ける本人 の氏名を記入。	住所 〒 000-0000 八戸市〇〇町〇番〇号 氏名 八戸 花代 被接種者との関係 (本人) 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/ヘ ハナヨ	男 · <input checked="" type="radio"/>	昭和〇年〇月〇日生 (〇歳か月)
	氏 名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input checked="" type="radio"/> 女	
	滞在先住所	〒 000-0000 〇〇県〇〇市 〇〇町〇番〇号 △△病院 (様方)		
理 由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産等で県外に滞在している <input checked="" 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)			
	※あてはまるものに✓をつけてください。 <small>ロタリックス ロタニック</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 五種混合 <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"/> ヒトパピローマウイルス感染症 <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"/> 高齢者帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 ※不活化のみ 高齢者インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス <input checked="" type="checkbox"/>			
依頼する予防接種	※ 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 checked="" type="checkbox"/> 実施医療機関の長 (市 区 町 村) 医療機関名 (△△ 病院)			

【送付先】 〒031-0011 八戸市田向 3-6-1 八戸市総合保健センター 八戸市保健所 保健予防課

電話番号：0178-38-0715

F A X : 0178-38-0736