

【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	ハチノヘ ハナヨ		男・ 女 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		
	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。 ロタ (1 価・5 価) ※どちらかに〇 <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 B C G <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"/> 高齢者带状疱疹 <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 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 (市 区 町 村) <input checked="" type="checkbox"/> 実施医療機関の長 (△△ 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