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	□申請者と同じ 八戸市		
	フリガナ 氏　名	□申請者と同じ	男・女	年　　月　　日生 （　　歳　　か月）
	滞在先住所	〒 （　　　　様方）		
理由	□里帰り出産等で県外に滞在している □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 □その他（具体的理由　　　　　　）			

※あてはまるものに✔をつけてください。

依頼する予防接種					
ロタ（１価(ロタリックス)・５価(ロタテック)）※どちらかに○	□1 回目	□2 回目	□3 回目※５価のみ	
ヒブ感染症	□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
Ｂ型肝炎	□1 回目	□2 回目	□3 回目	
三種混合	□1 回目	□2 回目	□3 回目	□追加
四種混合	□1 回目	□2 回目	□3 回目	□追加
五種混合	□1 回目	□2 回目	□3 回目	□追加
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 回目	□2 回目	□追加	□2 期
二種混合	□			
ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ感染症	□1 回目	□2 回目	□3 回目	
高齢者肺炎球菌	□			
高齢者帯状疱疹	□1 回目	□2 回目※不活化のみ		
高齢者インフルエンザ	□			
高齢者新型コロナウイルス	□			

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。

□　市区町村長 （　　　　市 区 町 村）	□　実施医療機関の長 医療機関名　（　　　　　）

【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　　ＦＡＸ：0178-38-0736