

【記入例】

予防接種実施依頼書交付申請書

令和6年6月0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 コウミ																																																										
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 八戸 こうみ	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	令和6年4月0日生 (0歳2か月)																																																								
	滞在先住所	〒000-0000 △△県 〇〇市 〇〇町1番2号 △△アパート101 (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。</p> <table border="0"> <tr> <td>ロタ<small>ロタリックス</small> (1価・5価) ※どちらかに○</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>1回目</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>2回目</td> <td><input type="checkbox"/>3回目※5価のみ</td> </tr> <tr> <td>ヒブ感染症</td> <td><input type="checkbox"/>1回目</td> <td><input type="checkbox"/>2回目</td> <td><input type="checkbox"/>3回目 <input type="checkbox"/>追加</td> </tr> <tr> <td>小児用肺炎球菌</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>1回目</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>2回目</td> <td><input type="checkbox"/>3回目 <input type="checkbox"/>追加</td> </tr> <tr> <td>B型肝炎</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>1回目</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>2回目</td> <td><input type="checkbox"/>3回目</td> </tr> <tr> <td>四種混合</td> <td><input type="checkbox"/>1回目</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>五種混合</td> <td><input type="checkbox"/>1回目</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BCG</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>麻しん風しん混合</td> <td><input type="checkbox"/>1回目</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>水痘</td> <td><input type="checkbox"/>1回目</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>日本脳炎</td> <td><input type="checkbox"/>1回目</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>二種混合</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヒトパピローウイルス感染症</td> <td><input type="checkbox"/>1回目</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者肺炎球菌</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>高齢者インフルエンザ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <div style="border: 2px solid green; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">年度内(3/31)までに接種予定のものに チェック<input checked="" type="checkbox"/>してください</p> <p>【注意1】年度ごと(4/1~3/31)の申請になります</p> <p>【注意2】年度をまたいだ申請はできません。 翌年度分はあらためて再度申請をお願いします。</p> </div>				ロタ <small>ロタリックス</small> (1価・5価) ※どちらかに○	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加	B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	四種混合	<input type="checkbox"/> 1回目			五種混合	<input type="checkbox"/> 1回目			BCG	<input type="checkbox"/>			麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 1回目			水痘	<input type="checkbox"/> 1回目			日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目			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			高齢者肺炎球菌	<input type="checkbox"/>			高齢者インフルエンザ	<input type="checkbox"/>		
ロタ <small>ロタリックス</small> (1価・5価) ※どちらかに○	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加																																																									
B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目																																																									
四種混合	<input type="checkbox"/> 1回目																																																											
五種混合	<input type="checkbox"/> 1回目																																																											
BCG	<input type="checkbox"/>																																																											
麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 1回目																																																											
水痘	<input type="checkbox"/> 1回目																																																											
日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目																																																											
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																																																											
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	<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> <input type="checkbox"/> 市区町村長 (市区町村) <input checked="" type="checkbox"/> 実施医療機関の長 (医療機関名 (△△クリニック))																																																											