

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

(宛先) 松山市長

申請者 住所 _____

氏名 _____

(被接種者との続柄) _____

電話番号 _____ () _____

(日中連絡可能な番号)

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。
 なお、依頼書に記載の有効期限にかかわらず、定期予防接種の期間内に接種が必要であることを理解しています。

被 接 種 者	住所 〒 (-) 松山市	
	フリガナ 氏名	性別 男 ・ 女
	生年月日 年 月 日 (満 歳 か月)	
	滞在先住所 〒 (-) _____ 様方	
予 防 接 種 の 種 類	A 類	<input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症：1価（1回目，2回目），5価（1回目，2回目，3回目） <input type="checkbox"/> Hib感染症：初回（1回目，2回目，3回目），追加 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症：初回（1回目，2回目，3回目），追加 <input type="checkbox"/> B型肝炎：1回目，2回目，3回目 <input type="checkbox"/> 五種混合：1期初回（1回目，2回目，3回目），1期追加 <input type="checkbox"/> 三種混合：1期初回（1回目，2回目，3回目），1期追加 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ：1期初回（1回目，2回目，3回目），1期追加 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん：1期，2期 <input type="checkbox"/> 水痘：1回目，2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎：1期初回（1回目，2回目），1期追加，2期 <input type="checkbox"/> 二種混合2期 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症：1回目，2回目，3回目 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症
	B 類	<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 高齢者のインフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者の新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 高齢者の帯状疱疹：生ワクチン，組換えワクチン（1回目，2回目）
理 由	<input type="checkbox"/> 里帰り（里帰り出産）のため <input type="checkbox"/> 入院（入所）中のため <input type="checkbox"/> その他（ ）	宛名 (依頼書提出先) <input type="checkbox"/> 市区町村（ 市・区・町・村） <input type="checkbox"/> 医療機関
予防接種を受ける医療機関名		電話番号 _____ ()
依頼書送付先 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 自宅（松山市の住所） （送付先の宛名が異なる場合は，様方名をお書きください。_____ 様方）		