

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。

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	子ども	<input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症：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"/> 四種混合：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
	高齢者	<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
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)		