

記入例

予防接種実施依頼書交付申請書

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

(宛先) 松山市長

申請者 住所 松山市萱町6丁目30番地5

氏名 予防太郎

※申請者は、被接種者本人に限る

(被接種者との続柄) 本人

電話番号 089 (911) 1858

(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 〒 (791-0813) 松山市 萱町6丁目30番地5	
	フリガナ 氏名 ヨボウ タロウ 予防太郎	性別 男・女 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	生年月日 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日 (満 〇〇歳 〇〇か月)	
	滞在先住所 〒 (〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇県▲▲市〇〇町〇丁目〇-〇 〇〇様方	
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 checked="" type="checkbox"/> 高齢者のインフルエンザ
理 由	<input type="checkbox"/> 里帰り (里帰り出産) のため <input checked="" 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 checked="" 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 ◆◆◆病院 電話番号 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	
依頼書送付先 <input checked="" 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。 〇〇様方)		

滞在先市区町村の
予防接種担当に必ず
確認してください。