

予防接種依頼申請書

年 月 日

門真市長 宮本 一孝 様

申請者 _____
〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄
(本人・妻・夫・施設職員・その他 _____)

下記の理由により、門真市以外で予防接種を受けたいので、門真市予防接種事業実施要綱第7条の規定により、予防接種依頼書の発行を申請します。

記

被 接 種 者	(フリガナ) 氏名	☐ 申請者と同じ		
	住所	☐ 申請者と同じ ☐ 右記の住所	〒 _____	
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)		
保護者名(※)		☐ 申請者と同じ		
予防接種の 種類 (希望する予防 接種と回数に○ をつけてくだ さい)		ロタ (※3回目はロタテックのみ)	1回目・2回目・3回目	
		ヒブ	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
		小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
		B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
		五種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
		四種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
		不活化ポリオ	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
		B C G	1回	
		麻しん風しん混合・麻しん・風しん	1期・2期	
		水痘	1回目・2回目	
		日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期	
		二種混合2期	1回	
		子宮頸がん (HPV)	1回目・2回目・3回目	
		高齢者肺炎球菌	1回	
		高齢者インフルエンザ	1回	
		新型コロナワクチン	1回	
予防接種実施 医療機関		名称		
		住所	〒 _____	
本市で受けられない理由		1. 病気治療等により市外のかかりつけ医療機関で接種を受けるため 2. 里帰り出産等やむを得ない理由により市外に一時滞在しているため		
滞在先 (郵送先)		氏名	☐ 申請者と同じ	
		住所	☐ 申請者と同じ ☐ 右記の住所	

※高齢者肺炎球菌、高齢者インフルエンザ及び新型コロナワクチンの場合、保護者氏名は記入不要です。

(門真市使用欄)

受付日		担当者		住民登録	有・無	医療機関	該当・非該当
-----	--	-----	--	------	-----	------	--------