

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、門真市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				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 _____ <input type="checkbox"/> 右記の住所			
	生年月日	年	月	日	(歳 か月)
保護者名(※)		<input type="checkbox"/> 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		
		BCG	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		
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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 _____ <input type="checkbox"/> 右記の住所			

※高齢者インフルエンザ及び高齢者肺炎球菌の場合、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
-----	--	-----	--	------	-----	------	--------