

藤 枝 市 長

〒
住所
申請者 (TEL)
氏名

下記のとおり、予防接種法の規定に基づき、次により予防接種を受けたいと思いますので、
予防接種依頼書の交付をお願いします。

予防接種依頼書交付願

フリガナ 被接種者氏名	(男・女)	<input type="checkbox"/>
生年月日	年 月 日 (歳 か月)	<input type="checkbox"/>
予防接種名	ヒブ (1回目・2回目・3回目・4回目) 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・4回目) B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) 四種混合1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 ポリオ1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 三種混合1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 BCG 水痘 (1回目・2回目) 麻しん風しん混合 (1期・2期) 麻しん (1期・2期)、風しん (1期・2期) 日本脳炎1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期 二種混合1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期 HPV(子宮頸がん予防) (1回目・2回目・3回目)	<input type="checkbox"/>
予防接種予定日		<input type="checkbox"/>
接種 機 関	医療機関名	<input type="checkbox"/>
	住 所	〒 TEL () <input type="checkbox"/>
理 由		<input type="checkbox"/>
滞 在 地	世帯又は施設等	<input type="checkbox"/>
	住 所	〒 TEL () <input type="checkbox"/>

※以下担当課で記入

上記の者より予防接種依頼書交付願がありましたので、別紙(案)のとおり依頼してよいか伺う。

年 月 日 感染症対策課 ㊟

部 長	課 長	係 長	課 僚	文書取扱員

簿冊名及び当該簿冊の保存分類	予防接種県内依頼書			
	1	2	③	4
記号番号等	藤感第 号			
文書の日付	年 月 日			
決 裁 日	年 月 日			