

柏市定期予防接種依頼書交付申請書（A類）

柏市長 あて

〒

住所
 申請者 氏名
 接種を受ける人との続柄
 電話番号

次のとおり、千葉県外で定期予防接種を受けたいので、接種依頼書の交付を申請します。

接種を受ける人	住 所	柏市
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	西暦 年 月 日
予防接種の種類 (希望のものに○)		<ul style="list-style-type: none"> ・ ロタウイルス 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ ヒブ 初回（1・2・3）回目 ・ 追加免疫 ・ 小児用肺炎球菌 初回（1・2・3）回目 ・ 追加免疫 ・ B型肝炎 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 五種混合 1期初回（1・2・3）回目 ・ 1期追加 ・ 四種混合 1期初回（1・2・3）回目 ・ 1期追加 ・ 不活化ポリオ 1期初回（1・2・3）回目 ・ 1期追加 ・ BCG ・ 麻しん風しん混合 1期 ・ 2期 ・ 水痘 1回目 ・ 2回目 ・ 日本脳炎 1期初回（1・2）回目 ・ 1期追加 ・ 2期 ・ 二種混合 ・ HPV 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 風しんの第5期
申請理由	1 長期にわたる里帰りのため 2 長期にわたり入院中のため 3 重篤な病気のため通院中の医療機関で予防接種を希望するため 4 その他（ のため）	
保護者氏名	申請者と異なる場合に記載 <div style="text-align: right;">連絡先（ ）</div>	
滞在先住所	〒	（依頼書送付先） （ 様方） 申請者住所・滞在先
依頼先 (電話番号) （ ）	

市 処 理 欄