年　　　月　　　日

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○） | | ・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  連絡先（　　　　　　　　　　　） | |
| 滞在先住所 | | 〒  （　　　　　様方） | （依頼書送付先） |
| 申請者住所 ・ 滞在先 |
| 依頼先  （電話番号） | | （　　　　－　　　　　－　　　　　） | |

市処理欄