

定期予防接種依頼申請書（記入例）

空欄でお願いします。

人吉市長 松岡 隼人 様

申請者住所 人吉市〇〇〇〇

住民票の住所

申請者氏名 人吉 花子 ①

必ず押印を

代理人氏名

①

（続柄： ）

※赤の部分の記載をお願いします。
※申請は原則保健センター窓口です。

下記のとおり定期予防接種実施の申請をします。

被 接 種 者	氏 名	(ふりがな) ひとよし ももこ 人吉 桃子		
	生 年 月 日	令和 〇年 〇月 〇日生 (〇歳 〇 か月)		
	住 所	熊本県人吉市〇〇〇〇		
	保 護 者 氏 名	人吉 花子 (続柄 母)	電話番号	090-1111-2222
	滞 在 先	〒1111-2222 福岡県〇〇〇〇〇		
	滞 在 期 間	令和 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日 まで		
希望する ワクチンの種類 (○をつけてください)	B型肝炎	(<u>1回目</u>) 2回目・3回目		
	ヒブ	初回 (<u>1回目</u>)・2回目・3回目)・追加		
	小児肺炎球菌	初回 (<u>1回目</u>)・2回目・3回目)・追加		
	四種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	BCG			
	同時接種等1回にまとめて接種するワクチンの種類の回数を○で囲ってください。 別の日に受ける予防接種はもう一枚申請書をご記入ください。	水痘 (1回目・2回目)		
		麻しん風しん混合 (MR) 又は麻しん・風しん (第 期)		
		日本脳炎 1期初回 (1回目・2回目)・1期追加 2期		
申請理由 (○をつけてください)	二種混合			
	子宮頸がん (1回目・2回目・3回目)			
接種希望 医療機関	① 里帰り出産などで、他市町村で予防接種を受けるため			
	2 疾病等により委託医療機関以外で長期入院または入所しているため 3 その他 ()			
保健センター記入欄	所在地	福岡県〇〇〇〇		
	医療機関名	〇〇小児科	TEL092-111-2222	
発行	発行者		確認者	
来所時提出物確認	親子(母子)健康手帳・予防接種予診票・印鑑			