こども定期予防接種
（市町間相互乗入れ制度用）

予　防　接　種　依　頼　書　交　付　申　請　書

このことについて、下記のように予防接種を受けたいので、関係医療機関あてに予防接種依頼書を交付していただきたく、申請いたします。

記

予防接種名 ○で囲んでください ※複数申請可。 但し、同年度内に接種できるものに限る。	1．ロタウイルス　ロタリックス　1回目・2回目 ロタテック　1回目・2回目・3回目 2．ヒブ　（初回：1回目・2回目・3回目，第1期追加） 3．肺炎球菌（初回：1回目・2回目・3回目，第1期追加） 4．B型肝炎　1回目・2回目・3回目 5．4種混合（第1期初回：1回目・2回目・3回目，第1期追加） 6．5種混合（第1期初回：1回目・2回目・3回目，第1期追加） 7．MR混合　第1期・第2期 8．水痘　1回目・2回目 9．日本脳炎（第1期初回：1回目・2回目，第1期追加，第2期） 10．2種混合　第2期 11．子宮頸がん（HPV）　2価・4価　1回目・2回目・3回目 9価　1回目・2回目・3回目 12．不活化ポリオ（第1期初回：1回目・2回目・3回目，第1期追加） 13．3種混合（第1期初回：1回目・2回目・3回目，第1期追加）
依頼する医療機関名	
医療機関の住所	
ふりがな	
被接種者氏名	（男・女）
被接種者生年月日	平成・令和　年　月　日（　歳　か月）
被接種者住所	〒 富士市
ふりがな	被接種者との続柄
保護者氏名	
滞在先住所 ※富士市住所と異なる場合に記入。送付先を指定の場合、返信用封筒が必要。	〒 （　様）
連絡先	☎
依頼書の郵送先	1．富士市住所あて　2．滞在先住所あて
実施日	1．令和　年　月　日　2．未定
理由	1．かかりつけのため　2．里帰りなど長期滞在のため 3．その他（　）

令和　年　月　日

(宛先) 富　士　市　長

※被接種者または保護者以外の方が申請する場合にご記入ください。		
申請者	住所	〒
	氏名	（被接種者との続柄：　）
	連絡先	☎