

(宛先) 新潟市長

申請者(被接種者本人または保護者)

フリガナ ニイガタ ハナコ
氏名 新潟 花子 (続柄) 母

予防接種実施依頼申請書

新潟県外に滞在している間に定期予防接種を受けるため、下記のとおり予防接種実施依頼書の発行を申請します。

記

被接種者氏名 (接種を受ける方)	フリガナ ニイガタ カズヨ 新潟 万代	生年月日	平成・令和 ●年 ●月 ●日 (0歳 2か月)
住所	〒 950 - 0914 新潟市 中央区 紫竹山3丁目3番11号 新潟マンション000号室		
連絡先電話番号 (日中つながる番号)	自宅: 025-123-4567 携帯: 000-9876-5432	保護者氏名	接種を受ける方が未成年の場合に記入 新潟 花子
滞在先住所 滞在先電話番号	〒 123 - 4567 東京都●●区●●●●1丁目 ハイツ東京000号室 電話: 111-234-5678 (江戸 太郎 様方)		
滞在予定期間	令和●年 12月 15日ごろ ~ 令和●年 5月 10日ごろ		
滞在理由	里帰り出産 ・ 長期療養 ・ 進学 ・ その他(自宅工事のため母実家へ滞在)		
該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>	希望する 予防接種	ロタウイルス感染症	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 (ロタテック®のみ)
		B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
		小児用肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
		五種混合(DPT-IPV-HIB)	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
		二種混合(DT)	<input type="checkbox"/> 1回目
		BCG	<input type="checkbox"/> 1回目
		麻疹・風しん(MR)	<input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期
		水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
		日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 第2期
		ヒトパピローマウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
	その他(ワクチン名 四種混合)	*接種回数をご記入ください。(3回目)	
	接種方法	<input checked="" type="checkbox"/> 個別接種(各医療機関での接種) <input type="checkbox"/> 集団接種	
	依頼書の宛名	滞在先の市町村にご確認のうえ、必要な依頼先をすべてご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 接種する医療機関宛て(医療機関名: ●●●キッズクリニック) <input type="checkbox"/> 滞在先の市町村長宛て(市町村名:)	
	依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 現住所(自宅) <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先	