

様式第 1 号（第 6 条関係）

予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

立科町長 様

申請者 住所 立科町大字

氏名 ㊟

被接種者との続柄 ()

電話番号

次のとおり予防接種を受けたいので、予防接種依頼書の交付を申請します。

被接種者	ふりがな 氏 名
	生年月日 年 月 日
住 所	立科町大字
保護者氏名	
申請理由	・里帰り出産 ・病気治療等 ・その他 ()
実施医療機関名 及び所在地	
予防接種の種類	B 型肝炎 1 回目・2 回目・3 回目 ヒブ 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加 小児肺炎球菌 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加 四種混合 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加 不活化ポリオ 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加 BCG 麻しん風しん 1 期 ・ 2 期 水痘 1 回目・ 2 回目 日本脳炎 1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加・2 期 子宮頸がん 1 回目・2 回目・3 回目 ロタ 1 回目・2 回目・3 回目 高齢者インフルエンザ 高齢者肺炎球菌

※被接種者が 20 歳未満の場合は、保護者欄に記入。