

※太枠の中を記入して、母子健康手帳の予防接種の記録(1)～(5)の写しを添付してください。

## 予防接種依頼書交付申請書

(あて先)  
徳島市長様

令和 年 月 日
申請者住所:
申請者氏名:
被接種者との続柄( )
届出者氏名: 被接種者との続柄:

次の予防接種の実施について、依頼書の発行を申請いたします。

フリガナ		男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日生 ( 歳 九月)
被接種者氏名				
保護者氏名				
住民票の住所	(〒 - ) 徳島市	※番地、アパート、マンション名、号室等も記入してください。		
日中連絡がとれる電話番号				
依頼する予防接種 (希望するものに○をしてください)	B型肝炎 ( 1回目・2回目・3回目 ) ロタウイルス感染症 ( 1回目・2回目・3回目 ) 小児の肺炎球菌感染症 ( 1回目・2回目・3回目・追加 ) 五種混合 ( 1回目・2回目・3回目・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回目・2回目・追加・2期 ) ・二種混合 ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん予防) ( 1回目・2回目・3回目 )			
申請理由				
予防接種の依頼期間				
滞在先の住所	(〒 - )	※番地、アパート、マンション名、号室等も記入してください。		
	世帯主氏名		☎	
接種を受ける市区町村名・住所	都道府県	市区町村	接種を受ける医療機関名	
	( )	保健所・保健センター	院長氏名	
	住所		医療機関の住所	
問い合わせ先	☎		☎	
依頼書送付先住所 (○又は、記入をしてください)	1. 住民票の住所 2. 滞在先の住所 3. その他 (以下にご記入ください) (〒 - )			
依頼書の宛先 (どちらかに○をつけてください)	( 市区町村長あて ・ 接種を受ける医療機関長あて ) ※ 予防接種を希望する市区町村に必ずご確認ください。			

申請書受付	令和 年 月 日	依頼書発行	令和 年 月 日
-------	----------	-------	----------