

※太枠の中を記入して、母子健康手帳の予防接種の記録(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

記入例

令和2年10月5日

申請者住所: 徳島市沖浜東2丁目16番地

申請者氏名: 徳島 二郎

被接種者との続柄(父)

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	トクシマ ケンコ	男	生年月日	平成・令和 2年 8月 5日生
被接種者氏名	徳島 健子	女		(歳 2 カ月)
保護者氏名	徳島 保子			
住民票の住所	(〒770 - 8053) ※番地、アパート、マンション名、号室等も記入してください。 徳島市沖浜東2丁目16番地			
日中連絡がとれる電話番号	090 - 0000 - 0000			
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) Hib(ヒブ)感染症 (1回目・2回目・3回目・4回目) 小児の肺炎球菌感染症 (1回目・2回目・3回目・4回目) 四種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) 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) 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) 回数があるものについては、希望する予防接種の回数に○をつけてください。 ・BCG ・二種混合			
申請理由	里帰り出産のため 滞在先で接種しなければいけない理由を記入してください。			
予防接種の依頼期間	令和2年12月31日まで			
滞在先の住所	(〒558 - 0000) ※番地、アパート、マンション名、号室等も記入してください。 大阪府健康市 〇〇町 △△丁目 △番地			
世帯主氏名	阿波 太郎	☎	06 - 0000 - 0000	
接種を受ける市区町村名・住所	大阪 都道府県 健康 市区町村 (健康)保健所・保健センター	接種を受ける医療機関名	ふれあいクリニック	
住所	健康市幸町2丁目5番地	医療機関の住所	健康市〇〇町〇番地	
問い合わせ先	☎ 06 - 0000 - 0000	☎	06 - △△△△ - △△△△	
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
-------	----------	-------	----------