

※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

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 カ月)
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) 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) ・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 ()保健所・保健センター	接種を受ける医療機関名		
	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
-------	----------	-------	----------