

太枠の中を記入して、母子健康手帳の「妊娠中の経過」の両ページと「予防接種の記録(5)その他の予防接種」のページの(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:

妊婦用RSウイルス感染症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			生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生
被接種者氏名				(歳)
18歳未満は 保護者氏名				
出産予定日	令和 年 月 日	申請日時点現在の妊娠週数 週 日		
住民票の住所	(〒 -) ※番地、アパート、マンション名、号室等も記入してください。 徳島市			
日中連絡がとれる 電話番号				
申請理由				
予防接種の 依頼期間	※妊娠28週0日から妊娠36週6日までの期間でご記入ください 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日			
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	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) (〒 -)			
(○又は、記入をしてください)				
依頼書の宛先	(市区町村長あて ・ 接種を受ける医療機関長あて)			
(どちらかに○をつけてください)	※ 予防接種を希望する市区町村に必ずご確認ください。			