

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 願（市役所提出用）

令和 年 月 日

下 田 市 市 民 保 健 課 長 様

(保護者)

住所

氏名

下記により定期予防接種を受けたいので申請します。

記

被 接 種 者 (予 防 接 種 を受ける方)	住 所	下田市
	(よみがな) 氏 名	
	生 年 月 日	令和 年 月 日
保 護 者 氏 名		被接種者との続柄 ()
保護者連絡先電話番号		
滞 在 先	住所	〒
	電話番号	
今 回 希 望 す る 予 防 接 種 の 種 類		B型肝炎(1、2、3)回目 ロタウイルス (1、2、3) 回目 ヒブ1期初回 (1、2、3) 回目・1期追加 小児用肺炎球菌1期初回 (1、2、3) 回目・1期追加 五種混合1期初回 (1、2、3) 回目、1期追加 四種混合1期初回 (1、2、3) 回目、1期追加 BCG 麻しん風しん混合 (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 その他の定期予防接種 ()
接種を希望する医療機関		【医療機関名】 【 住 所 】〒 【電 話 番 号】
理 由 ※医師の指示がある場合は、 病名・担当医師名も記入して ください。		