

(様式第1号)

予防接種依頼書交付申請書

松戸市長あて

年 月 日

申請者	住所
	氏名
	接種を受ける人との続柄 保護者・その他()
	電話番号(ご連絡の取れる番号) ()

松戸市で実施する予防接種を下記理由により受けることができませんので、依頼書の交付を申請いたします。

接種を受ける人	ふりがな	生 年 月 日																																								
	氏 名	年 月 日 (歳 ヶ月)																																								
	住 所 電話番号	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者以外の場合 〒 電話 ()																																								
	保護者氏名	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者以外の場合(氏名)																																								
予 防 接 種 名	※依頼書が必要な予防接種にレチェックを付けて、()の希望する回目・期の数字に○をしてください。 <table><tr><td>☐ロタウイルス</td><td>ロタリックス(1・2)回目</td><td>ロタテック(1・2・3)回目</td></tr><tr><td>☐B型肝炎</td><td>初回(1・2・3)回目</td><td></td></tr><tr><td>☐Hib 感染症</td><td>初回(1・2・3)回目</td><td>☐Hib 感染症追加</td></tr><tr><td>☐小児の肺炎球菌感染症</td><td>初回(1・2・3)回目</td><td>☐小児の肺炎球菌感染症追加</td></tr><tr><td>☐5 種混合(DPT-IPV-Hib)</td><td>第1期初回(1・2・3)回目</td><td>☐5 種混合(DPT-IPV-Hib)第1期追加</td></tr><tr><td>☐4 種混合(DPT-IPV)</td><td>第1期初回(1・2・3)回目</td><td>☐4 種混合(DPT-IPV)第1期追加</td></tr><tr><td>☐ポリオ</td><td>第1期初回(1・2・3)回目</td><td>☐ポリオ第1期追加</td></tr><tr><td>☐B C G</td><td></td><td></td></tr><tr><td>☐麻しん風しん(MR)</td><td>第(1・2)期</td><td></td></tr><tr><td>☐水痘(水ぼうそう)</td><td>(初回・追加)</td><td></td></tr><tr><td>☐日本脳炎</td><td>第1期初回(1・2)回目</td><td>☐日本脳炎第1期追加</td></tr><tr><td>☐日本脳炎</td><td>第2期</td><td>☐D T 第2期</td></tr><tr><td>☐ヒトパピローマウイルス(子宮頸がん)感染症(1・2・3)回目</td><td></td><td></td></tr></table>			☐ ロタウイルス	ロタリックス(1・2)回目	ロタテック(1・2・3)回目	☐ B型肝炎	初回(1・2・3)回目		☐ Hib 感染症	初回(1・2・3)回目	☐ Hib 感染症追加	☐ 小児の肺炎球菌感染症	初回(1・2・3)回目	☐ 小児の肺炎球菌感染症追加	☐ 5 種混合(DPT-IPV-Hib)	第1期初回(1・2・3)回目	☐ 5 種混合(DPT-IPV-Hib)第1期追加	☐ 4 種混合(DPT-IPV)	第1期初回(1・2・3)回目	☐ 4 種混合(DPT-IPV)第1期追加	☐ ポリオ	第1期初回(1・2・3)回目	☐ ポリオ第1期追加	☐ B C G			☐ 麻しん風しん(MR)	第(1・2)期		☐ 水痘(水ぼうそう)	(初回・追加)		☐ 日本脳炎	第1期初回(1・2)回目	☐ 日本脳炎第1期追加	☐ 日本脳炎	第2期	☐ D T 第2期	☐ ヒトパピローマウイルス(子宮頸がん)感染症(1・2・3)回目		
☐ ロタウイルス	ロタリックス(1・2)回目	ロタテック(1・2・3)回目																																								
☐ B型肝炎	初回(1・2・3)回目																																									
☐ Hib 感染症	初回(1・2・3)回目	☐ Hib 感染症追加																																								
☐ 小児の肺炎球菌感染症	初回(1・2・3)回目	☐ 小児の肺炎球菌感染症追加																																								
☐ 5 種混合(DPT-IPV-Hib)	第1期初回(1・2・3)回目	☐ 5 種混合(DPT-IPV-Hib)第1期追加																																								
☐ 4 種混合(DPT-IPV)	第1期初回(1・2・3)回目	☐ 4 種混合(DPT-IPV)第1期追加																																								
☐ ポリオ	第1期初回(1・2・3)回目	☐ ポリオ第1期追加																																								
☐ B C G																																										
☐ 麻しん風しん(MR)	第(1・2)期																																									
☐ 水痘(水ぼうそう)	(初回・追加)																																									
☐ 日本脳炎	第1期初回(1・2)回目	☐ 日本脳炎第1期追加																																								
☐ 日本脳炎	第2期	☐ D T 第2期																																								
☐ ヒトパピローマウイルス(子宮頸がん)感染症(1・2・3)回目																																										
滞 在 先 住 所	〒 (様方)																																									
電 話 番 号	電話 ()	滞在予定期間(年 月～ 年 月)																																								
接種を受ける市区町村 及び病院名	都道府県名	市区町村名	医療機関名																																							
依 頼 書 の あ て 先	1 市区町村長あて ・ 2 接種を受ける病院長あて																																									
申 請 理 由																																										
依 頼 書 の 送 付 先	☐ 現住所(住民票のある所) ☐ 滞在先 ☐ その他(下記の住所へ送付) 〒 (様方)																																									
接種費用	1 有料 ・ 2 無料		依頼書の提出先 1 市区町村 ・ 2 医療機関																																							