

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

鹿島市長 様

申請者 住所

氏名

接種者との関係

下記のとおり、予防接種を受けたいので予防接種依頼書の交付を申請します。

被接種者	住所				
	フリガナ		生年月日	年	月 日
	氏名		性別	男	・ 女
保護者氏名			電話		
依頼する市区町村(医療機関名)					
依頼する理由					
滞在先住所		〒 ー 方			
連絡者氏名		被接種者との関係	電話		

予防接種の種類 ※希望するものに○をつけてください。	H i b (ヒブ)	1回目・2回目・3回目・4回目
	小児肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・4回目
	四種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目) 1期追加
	五種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目) 1期追加
	単独不活化ポリオ	1期初回(1回目・2回目・3回目) 1期追加
	B C G	
	麻しん風しん混合・麻しん・風しん	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 2期
	子宮頸がん予防	1回目・2回目・3回目
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	ロタウイルス	1回目・2回目・3回目
	二種混合	
	新型コロナウイルス	
	高齢者肺炎球菌	
高齢者インフルエンザ		