

予防接種依頼書発行申請書

下記のとおり大分市で予防接種を受けることができませんので、

〇〇〇 (市・区・町・村) 長宛予防接種依頼書の発行をお願いします。

令和 〇年 〇月 〇日

大分市長 殿

申請者 住所 大分市〇〇〇〇〇〇

氏名 大分 花子

記

被接種者名	大分 太郎	性別	男・女
生年月日	昭和・平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	年齢	〇歳 〇月
住所	大分市〇〇〇〇〇〇 ※住民票のある住所をご記入ください TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇		
保護者氏名	※被接種者が18歳以上の場合は記入不要 大分 花子	続柄	母
滞在地	〇〇県〇〇〇市〇〇〇〇〇〇 〇〇様方 ※郵便物が必ず届く住所、連絡のつく電話番号をご記入ください TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇		
予防接種名	<p>5種混合ワクチン (DPT-IPV-Hib) (初1・初2・初3・追加)</p> <p>4種混合ワクチン (DPT-IPV) (初1・初2・初3・追加) 、 D T (2期)</p> <p>ポリオ (初1・初2・初3・追加) 、 BCG</p> <p>MR (1期・2期) 、 麻しん (1期・2期) 、 風しん (1期・2期)</p> <p>日本脳炎 (初1・初2・追加・2期) ※接種を希望するワクチン名と〇回目等を選んで〇で囲んでください</p> <p>HPVワクチン (サーバリックス・ガーダシル・シルガード) (1回目・2回目・3回目)</p> <p>ヒブワクチン (1回目・2回目・3回目・追加)</p> <p>小児用肺炎球菌ワクチン (1回目・2回目・3回目・追加)</p> <p>水痘 (1回目・2回目) 、 B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)</p> <p>ロタリックス (1回目・2回目) 、 ロタテック (1回目・2回目・3回目)</p>		
理由	<p>1. 病気・出産などによる里帰り</p> <p>2. 長期出張</p> <p>3. その他 ()</p> <p>※依頼書を必要とする理由を〇で囲んでください。その他の場合は、内容を簡潔にご記入ください</p>		

※依頼書は、申し出がなければ滞在地に送付いたします。住民票のある住所への送付をご希望の際は、欄外に「送付先大分市希望」とお書きください。

問い合わせ先：大分市保健所 保健予防課 管理担当班 (TEL) 097-535-7710