

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、
 (市・区・町・村) 長宛予防接種依頼書の発行をお願いします。

記載例

令和 年 月 日

大分市長 足立 信也 殿

申請者
 住 所 大分市
 氏 名

記

ふりがな 被接種者名	おおいた はなこ 大分 花子	性 別	男 ・ 女
生年月日	昭和 平成 ・令和 年 月 日	年 齢	○歳 ○月
住 所	大分市○○○○○○○○○○○○○○○ ※住民票のある住所をご記入ください TEL (○○○) ○○○-○○○○		
保護者氏名	大分 太郎 ※被接種者が18歳以上の場合は記入不要	続 柄	父
滞 在 地	○○県○○市○○○○○○○ ○○様方 ※必ず郵便物が届く住所、連絡のつく電話番号をご記入ください TEL (○○○) ○○○-○○○○		
予防接種名	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 5種混合 (初1・初2・初3・追加) ▶小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) ▶B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) ▶ロタ (1回目・2回目・3回目) ▶MR (1期・2期) ▶日本脳炎 (初1・初2・追加・2期) ▶DT (2期) ▶HPV (シルガード) (1回目・2回目・3回目) ▶RSウイルス (母子免疫ワクチン) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶4種混合 (初1・初2・初3・追加) ▶ポリオ (初1・初2・初3・追加) ▶ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加) ▶麻しん (1期・2期) / 風しん (1期・2期) 	※接種を希望するワクチン名と、○回目を 選んで、○で囲んでください
申請理由	4. 病気・出産などによる里帰り ※依頼書を必要とする理由を○で囲んでください。 5. 長期出張 「その他」の場合は、内容を簡潔にご記入ください。 6. その他 ()		

※依頼書は、申し出がなければ滞在地に送付します。
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