

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。

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

被接種者名		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 TEL () -		
保護者氏名		続 柄	
滞 在 地	TEL () -		
予防接種名	5種混合ワクチン (DPT-IPV-Hib) (初1・初2・初3・追加) 4種混合ワクチン (DPT-IPV) (初1・初2・初3・追加) 、 D T (2期) ポリオ (初1・初2・初3・追加) 、 BCG 、 MR (1期・2期) 、 麻しん (1期・2期) 、 風しん (1期・2期) 日本脳炎 (初1・初2・追加・2期) 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) ヒブワクチン (1回目・2回目・3回目・追加) 小児用肺炎球菌ワクチン (1回目・2回目・3回目・追加) 水痘 (1回目・2回目) 、 B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) 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)		
理 由	1. 病気・出産などによる里帰り 2. 長期出張 3. その他 ()		