

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

ふりがな 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	<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) ▶BCG ▶水痘 (1回目・2回目) 	
申 請 理 由	1. 病気・出産などによる里帰り 2. 長期出張 3. その他 ()		