

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 ・ <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	昭和 <input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 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 <small>※被接種者が18歳以上の場合は記入不要</small>	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"> ▶ <input checked="" type="radio"/> 5種混合 <input checked="" type="radio"/> (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) 	<p>※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</p>
申請理由	4. 病気・出産などによる里帰り 5. 長期出張 6. その他 () <p>※依頼書を必要とする理由を○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。