

年 月 日

定期予防接種実施依頼書交付申請書

大仙市長 様

申請者

氏名 (続柄:)

住所

電話番号

秋田県外で予防接種を受けるため、予防接種依頼書の交付を申請します。
 なお、接種医療機関からは予防接種の実施について承諾を得ています。

接種者	ふりがな				大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	氏名					
滞在先住所	〒	都道 府県	区市 町村			
滞在予定期間	年 月 日 から		年 月 日まで			
予防接種の種類と 申請理由 *接種の種類と回数に ○印をつけてください。	Hib感染症	1回目	2回目	3回目	追加	
	小児用肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加	
	五種混合	1回目	2回目	3回目	追加	
	四種混合	1回目	2回目	3回目	追加	
	B型肝炎	1回目	2回目	3回目		
	ロタウイルス	1回目	2回目	3回目※5価のみ		
	BCG					
	麻しん風しん混合	1期	2期			
	水痘(水ぼうそう)	1回目	2回目			
	日本脳炎	1期初回(1回目)	1期初回(2回目)	1期追加		2期
	不活化ポリオ	1回目	2回目	3回目	追加	
	二種混合					
	子宮頸がん	1回目	2回目	3回目		
	高齢者肺炎球菌					
	高齢者インフルエンザ					
1.母親の出産等で、県外の他市区町村に長期にわたり里帰りするため 2.県外の病院に入院しているため 3.大仙市に住所を置いたまま県外で生活しており、県外での医療機関で接種希望するため 4.その他 ()						
接種医療機関	医療機関名 ()					
	住所 〒					
	電話番号					
依頼書送付先 *どちらかに○を付けて 下さい	1.大仙市住所 2.滞在先住所					