

予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

斜里町長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
※申請者は被接種者本人に限ります（未成年者は保護者等）
 電話 _____

下記の理由により、予防接種依頼書の交付を申請します。

被接種者	住 所	〒 斜里町		
	氏 名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳 カ月)
申請理由	① 母親の出産等に伴う里帰りのため（里帰り期間： 年 月 日 ～ 年 月 日） （滞在先住所： ） ② 医学的理由のため（病名： ） （医療機関名： ） ③ 施設入所中のため（施設名： ） （施設所在地： ） ④ その他（ ）			
予防接種の種類	① ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加) ⑧ 水痘 (1回目・2回目) ② 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) ⑨ 日本脳炎 第1期 (1回目・2回目・追加) ③ B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) ⑩ 日本脳炎 第2期 ④ 4種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) ⑪ 成人用肺炎球菌 ⑤ ジフテリア・破傷風 ⑫ 高齢者インフルエンザ ⑥ BCG ⑬ その他 () ⑦ 麻しん・風しん (第1期・第2期)			
接種予定日	年 月 日			
予防接種依頼先	市町村名			
	医療機関名			
	電話番号			