

定期予防接種（A類疾病）実施依頼書交付申請書

年　月　日

富田林市長様

申請者

氏名：

住所：富田林市

電話：（　　）

下記の者について、予防接種を受けたいので予防接種実施依頼書の交付を申請します。

なお、予防接種にかかる諸経費については申請者が負担します。

被接種者	住所	富田林市				
	フリガナ 氏名		生年 月日	年　月　日	性別	男女
保護者等	住所	富田林市				
	氏名		被接種者との続柄			
予防接種の種類 ※受けようとする ものに○をつけて ください。	①ヒブ 初回1回目／初回2回目／初回3回目／追加 ②小児用肺炎球菌 初回1回目／初回2回目／初回3回目／追加 ③B型肝炎 1回目／2回目／3回目 ④ロタウイルス 1回目／2回目／3回目 ⑤ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ混合（四種混合） 初回1回目／初回2回目／初回3回目／追加 ⑥ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ混合（五種混合） 初回1回目／初回2回目／初回3回目／追加 ⑦BCG ⑧麻しん風しん混合（MR） 1期／2期 ⑨水痘（水ぼうそう） 1回目／2回目 ⑩日本脳炎 1期初回1回目／1期初回2回目／追加／2期 ⑪ジフテリア・破傷風混合2期（DT） ⑫ヒトパピローマウイルス（HPV） 1回目／2回目／3回目					
	予防接種を受ける 医療機関名		医療機関のある 市町村名	都・道・府・県 市・区・町・村		
	接種予定日	年　月 予定（今後最初に接種するワクチンの予定月）				
	申請の理由					