

# 予防接種依頼書交付申請書

高知市長 様

申請日

令和

年

月

日

下記の理由により、定期予防接種について依頼書の交付を申請します。

[ □ には チェック(✓) を入れてください ]

申請者	氏名		続柄	父・母・祖父・祖母 その他( )
	電話番号			
対象者	フリガナ		生年月日	平成・令和
	氏名			年 月 日
	住所	高知市		
滞在地	住所	〒		
	電話番号			
依頼書の宛名(市長等)	<input type="checkbox"/> 市区町村長 <input type="checkbox"/> 病院長 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 上記宛名について、滞在先市町村に確認しました			
接種場所(医療機関名)	<input type="checkbox"/> 上記医療機関が依頼接種の受け入れ可能であることを確認しました			
依頼理由	<input type="checkbox"/> 長期滞在 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> その他( )			
依頼書等の郵送先	<input type="checkbox"/> 高知市の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先の住所( 様方)			
依頼する予防接種 (希望する回数ごとに○印をしてください)	<input type="checkbox"/> B型肝炎	[ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ]		
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	[ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目(ロタテックのみ) ]		
	<input type="checkbox"/> ヒブ(Hib)	[ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ]		
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌	[ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ]		
	<input type="checkbox"/> 四種混合【1期】	[ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ]		
	<input type="checkbox"/> 五種混合【1期】	[ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ]		
	<input type="checkbox"/> BCG			
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合(MR)	[ 1期 ・ 2期 ]		
	<input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう)	[ 1回目 ・ 2回目 ]		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	[ 1期1回目 ・ 1期2回目 ・ 1期追加 ・ 2期 ] ※ 特例接種は対象外です		
<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)【2期】				
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV)	[ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ]			

職員記載欄	<input type="checkbox"/> ログヘルス確認
	月・年齢 [ 満 歳 か月 ]
	整理番号 [ ]
	担当者名 [ ]

[ 受付印 ]
<input type="checkbox"/> 窓口
<input type="checkbox"/> 郵送