予防接種実施依頼書交付申請書

高 知 市 長　様

申請日	令和　　年　　月　　日

下記の理由により、予防接種実施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	フリガナ		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年　月　日
	氏　名			
	住　所	高知市		
	電話番号			
接種を受ける方	フリガナ		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年　月　日
	氏　名			
	住　所	高知市		
	滞在先住所			
依頼書の宛名	□ 滞在先の市区町村長　□ 接種を受ける医療機関の病院長 □ その他（　　）			
	□ 上記宛名について，滞在先市区町村に確認しました。			
依頼理由	□ 長期滞在（里帰り出産等）□ 入院中・入所中 □ その他（　　）			
依頼書等の郵送先	□ 高知市の住所　□ 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〇印をしてください）	□ RSウイルス感染症（母子免疫）			
	□ 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（ロタテックのみ） ］		
	□ ヒブ（Hib）	［ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ］		
	□ 小児肺炎球菌	［ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ］		
	□ 五種混合【1期】	［ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ］		
	□ BCG			
	□ 麻しん・風しん混合（MR）	［ 1期 ・ 2期 ］		
	□ 水痘（みずぼうそう）	［ 1回目 ・ 2回目 ］		
	□ 日本脳炎（特例接種含む）	［ 1期1回目 ・ 1期2回目 ・ 1期追加 ・ 2期 ］		
	□ 二種混合（DT）【2期】			
	□ HPV（子宮頸がん）	［ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ］		
依頼書の交付申請をする予防接種について未接種であることを確認しましたか。			□ 確認済	

職員記載欄	
	□　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〕

□ 窓口

□ 郵送