

令和 年 月 日

高石市長 宛

保護者 住 所
氏 名
被接種者との続柄 ()
電話番号

予防接種依頼状発行申請書

下記の事由により、予防接種を_____市・町・村において実施したいので、予防接種依頼状の発行をお願いします。

記

被接種者氏名・性別	(男 ・ 女)
被接種者住所	高石市 丁目 番 号
被接種者生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)
希望する予防接種の種類・回数 ※希望するものを○で囲む	ロタウイルス【1回目・2回目・3回目】 ヒブ【1回目・2回目・3回目・追加】 BCG 小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】 B型肝炎【1回目・2回目・3回目】 4種混合【1回目・2回目・3回目・追加】 5種混合【1回目・2回目・3回目・追加】 麻しん風しん【1期・2期】 水痘【1回目・2回目】 日本脳炎【1回目・2回目・追加・2期】 ジフテリア・破傷風 HPV【1回目・2回目・3回目】
接種場所 (依頼する医療機関名)	
高石市外で接種を希望する事由 ※長期滞在の場合は住所・連絡先を記入	