

定期予防接種等依頼状交付申請書

令和 年 月 日

諫早市長 様

申請者 住所
氏名

(ふりがな) 予防接種を受ける者の氏名		生年月日	平成 年 月 日生 令和
住 所	〒 諫早市 町 電話 - -		
保護者氏名			
予防接種の種類 【該当する種類に ○をつける】	<ul style="list-style-type: none"> *ロタウイルス感染症 (ロタリックス; 1回目 2回目) *ロタウイルス感染症 (ロタテック; 1回目 2回目 3回目) *ヒブ (Hib) (初回1回目 2回目 3回目 追加) *小児用肺炎球菌 (初回1回目 2回目 3回目 追加) *B型肝炎 (1回目 2回目 3回目) *四種混合 (1期初回1回目 2回目 3回目 追加) *五種混合 (1期初回1回目 2回目 3回目 追加) *BCG *水痘 (初回 追加) *二種混合 *麻しん及び風しん (1期 2期) *麻しん (1期 2期) *風しん (1期 2期) *日本脳炎 (1期初回1回目 2回目 1期追加 2期) *子宮頸がん予防 (1回目 2回目 3回目) *乳幼児・小学生・中学生インフルエンザ (1回目 2回目) 		
予防接種を受ける市町村名		予防接種 予 定 日	令和 年 月 日
予防接種を受ける市町村での連絡先	〒 都 区 道 市 府 郡 (方) 県 電話 () -		
諫早市以外で 予防接種を 受ける理由			