

# 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 印

(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"> <li>*ロタウイルス感染症 ( ロタリックス; 1回目 2回目 )</li> <li>*ロタウイルス感染症 ( ロタテック; 1回目 2回目 3回目 )</li> <li>*ヒブ (Hib) ( 初回1回目 2回目 3回目 追加 )</li> <li>*小児用肺炎球菌 ( 初回1回目 2回目 3回目 追加 )</li> <li>*B型肝炎 ( 1回目 2回目 3回目 )</li> <li>*四種混合 ( 1期初回1回目 2回目 3回目 追加 )</li> <li>*BCG</li> <li>*水痘 ( 初回 追加 )</li> <li>*二種混合</li> <li>*麻しん及び風しん ( 1期 2期 )</li> <li>*麻しん ( 1期 2期 ) *風しん ( 1期 2期 )</li> <li>*日本脳炎 ( 1期初回1回目 2回目 1期追加 2期 )</li> <li>*子宮頸がん予防 ( 1回目 2回目 3回目 )</li> <li>*乳幼児・小学生・中学生インフルエンザ ( 1回目 2回目 )</li> </ul>		
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の 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			