

小児予防接種依頼書発行申請書 太枠内に必要事項を記入してください。

芦屋町長様 下記のとおり小児予防接種依頼書の発行を申請します。

申請日 年 月 日

申請者 (保護者)	ふり 氏が な名	
	住所	(〒 -)
	被接種者との続柄	
	電話番号	
被接種者 (接種を受ける お子さん)	ふり 氏が な名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
依頼理由	主治医指示のため・長期里帰りのため・その他 ()	
依頼する項目に○をつけて ください。 <small>まる</small> 定期予防接種対象疾患(ワクチン)	<ul style="list-style-type: none"> ●ロタウイルス感染症 (ロタリックス) <u>【1回目・2回目】</u> ●ロタウイルス感染症 (ロタテック) <u>【1回目・2回目・3回目】</u> ●B型肝炎 <u>【1回目・2回目・3回目 (追加分)】</u> ●Hib感染症 <u>【1回目・2回目・3回目・4回目 (追加分)】</u> ●小児の肺炎球菌感染症 <u>【1回目・2回目・3回目・4回目 (追加分)】</u> ●ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ (四種混合) <u>【1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加】</u> ●結核 (BCG) ●麻しん・風しん (MR) <u>【1期・2期】</u> ●水痘 <u>【1回目・2回目】</u> ●日本脳炎 <u>【1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期】</u> ●ジフテリア・破傷風 (二種混合) ●ヒトパピローマウイルス感染症 (サーバリックス) <u>【1回目・2回目・3回目】</u> ●ヒトパピローマウイルス感染症 (ガーダシル) <u>【1回目・2回目・3回目】</u> 	
予防接種医療機関名		
予防接種医療機関住所・電話番号	(〒 -) TEL :	
予防接種医名		
滞在先住所・電話番号	(〒 -) (様方) ※里帰り等の人は住所の記載をお願いします。	

処理欄

受付日	年 月 日
申請者確認書類	保・運・診・他 ()
被接種者確認書類	保・診・他 ()
被接種者住基確認	<input type="checkbox"/> 住基登録確認済
被接種者接種履歴確認	<input type="checkbox"/> 未接種確認済
処理者	