

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。

令和 年 月 日

申請者 (保護者)	ふりがな 氏 名	
	住 所	(〒 ー)
	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)	ふりがな 氏 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。 定期予防接種対象疾患(ワクチン)		●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】 ●B型肝炎【1回目・2回目・3回目(追加分)】 ●Hib感染症【1回目・2回目・3回目・4回目(追加分)】 ●小児の肺炎球菌感染症【1回目・2回目・3回目・4回目(追加分)】 ●四種混合【1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加】 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ) ●五種混合【1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加】 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib) ●結核(BCG) ●麻しん・風しん(MR)【1期・2期】 ●水痘【1回目・2回目】 ●日本脳炎【1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期】 ●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)【1回目・2回目・3回目】 ●ヒトパピローマウイルス感染症(ガーダシル)【1回目・2回目・3回目】 ●ヒトパピローマウイルス感染症(シルガード)【1回目・2回目・3回目】
予防接種医療機関名		
予防接種医療機関住所・電話番号		(〒 ー) TEL :
予防接種医名		
滞在先住所・電話番号		(〒 ー) (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(写し)	マイ・保・運・診・他 ()
被接種者確認書類(写し)	マイ・保・診・他 ()
被接種者住基確認	☐ 住基登録確認済
母子健康手帳(写し) (予防接種の記録が確認できるページ)	☐
被接種者接種履歴確認	☐ 未接種確認済
処理者	