

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	(〒 - )				
	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)		
依頼する項目に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 <small>チェック</small> 定期予防接種対象疾患 (ワクチン)		<input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 (ロタリックス)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
		<input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 (ロタテック)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
		<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
		<input checked="" type="checkbox"/> Hib感染症	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
		<input checked="" type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
		<input checked="" type="checkbox"/> 五種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
		<input checked="" type="checkbox"/> 結核 (BCG)	<input type="checkbox"/>			
		<input checked="" type="checkbox"/> 麻しん・風しん (MR)	<input type="checkbox"/> 第1期	<input type="checkbox"/> 第2期		
		<input checked="" type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
		<input checked="" type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期初回	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 第1期追加	
			<input type="checkbox"/> 第2期			
		<input checked="" type="checkbox"/> 二種混合 (ジフテリア・破傷風)	<input type="checkbox"/> 第2期			
		<input checked="" type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症 (シカド)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
		<input checked="" type="checkbox"/> RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/>			
依頼理由	主治医指示のため・長期里帰りのため・その他 ( )					
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 (写し)	マイナ・運・診・他 ( )
被接種者確認書類 (写し)	マイナ・診・他 ( )
被接種者住基確認	<input type="checkbox"/> 住基登録確認済
母子健康手帳 (写し) (予防接種の記録のページ)	<input type="checkbox"/>
被接種者接種履歴確認	<input type="checkbox"/> 未接種確認済
処理者	