

愛川町予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

愛川町長 殿

申請者 住 所

氏 名

接種希望者との続柄

電話番号 ()

次のとおり予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。

対 象 者 (接種希望者)	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日 (満 歳 か月)
	住 所	〒 ー 愛川町		
申 請 理 由	<p>該当する番号に○をし、その理由等について詳しく記入してください。</p> <p>1. 疾病等により、入院又は通院している医療機関が、町の協力医療機関以外であるため 理由: 医療機関名 所 在 地</p> <p>2. 特別な事情により町外に滞在し、町の協力医療機関で接種することができないため 理由:</p> <p>3. 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等によりやむを得ず接種機会を逃し、当該疾病等により、入院又は通院していた医療機関が町の協力医療機関以外であるため 理由:</p> <p>4. その他 理由:</p>			
滞 在 先 (滞在先がない場合は、記入の必要はありません。)	〒 ー		滞在先世帯主名	
	電話番号 ()		滞在期間	
接種を希望する 予防接種 ※該当する番号と回数又は時期に○をしてください。	1	BCG		
	2	三種混合	1期 (1回目・2回目・3回目・追加)	
	3	不活化ポリオ	1期 (1回目・2回目・3回目・追加)	
	4	二種混合	2期	
	5	水痘	1回目・2回目	
	6	麻しん風しん混合	1期・2期	
	7	麻しん(単体)/風しん(単体)	1期・2期	
	8	日本脳炎	1期 (1回目・2回目・追加)・2期	
	9	子宮頸がん予防ワクチン	1回目・2回目・3回目	
	10	ヒブワクチン	1回目・2回目・3回目・追加	
	11	小児用肺炎球菌ワクチン	1回目・2回目・3回目・追加	
	12	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	13	ロタウイルスワクチン(1価・5価)	1回目・2回目・3回目 (5価のみ)	
	14	五種混合	1期 (1回目・2回目・3回目・追加)	
	15	RSウイルス(母子免疫ワクチン)		