

予防接種依頼書交付申請書

下記の理由により、他市町村で予防接種を受けるために、依頼書の交付を願います。

記

予防接種者氏名	ふりがな				
生年月日・性別	平成 令和	年	月	日	(男・女)
住 所	東久留米市				
電 話 番 号					
保 護 者 氏 名					
滞 在 先 住 所	〒 _____ 様方				
滞在予定期間	平成 令和	年	月	日	～ 令和 年 月 日
接種医療機関名					
接種医療機関住所					
接種医療機関電話番号					
接 種 予 定 日					
予 防 接 種 名	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ヒブワクチン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 追加
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 追加
	四種混合 (DPT-IPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 追加
	BCG	<input type="checkbox"/>			
	MR (麻しん風しん混合)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	水痘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	日本脳炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 第2期
	二種混合 (DT)	<input type="checkbox"/>			
	HPV (ヒトパピローウイルス)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
チェックが入っていない予防接種は払い戻しができません。記入漏れがないよう十分にご確認ください。 接種を受けるかどうか検討中の予防接種があれば、チェックを入れておくことをおすすめいたします。					
申 請 理 由					

令和 年 月 日

東久留米市長 様

申請者 住 所
氏 名
連絡先