

記入方法

予防接種依頼書交付申請書

也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	※日中につながる連絡先をご記入ください				
保護者氏名					
滞在先住所	〒 ※里帰り等のため、市外に滞在している場合はご記入ください。 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	(例) 里帰りのため、かかりつけ医のため…など				

令和 年 月 日

東久留米市長 様

申請者 住所
氏
連絡先

上記記載の内容と
同じ場合は、「同上」
とご記入ください