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	経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン（ロタリックス）	□１回目	□２回目		
	五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン（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	
	ヒブワクチン	□１回目	□２回目	□３回目	□追加
	小児用肺炎球菌	□１回目	□２回目	□３回目	□追加
	四種混合（DPT-IPV）	□１回目	□２回目	□３回目	□追加
	BCG	□			
	MR（麻しん風しん混合）	□第１期	□第２期		
	水痘	□１回目	□２回目		
	日本脳炎	□１回目	□２回目	□追加	□第２期
	二種混合（DT）	□			
	HPV（ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ）	□１回目	□２回目	□３回目	
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