

【 県内 ・ 県外 】 予防接種依頼書交付願

子ども

(あて先) 静岡市保健所長

令和 年 月 日

下記により、他市町村にて予防接種を受けたいのでよろしくお取り計らい願います。

記

申請者	住所	〒		
	氏名		被接種者との続柄	
	電話			
被接種者	住所	静岡市		
	フリガナ 氏名	-----	性別	男 ・ 女
	生年月日	令和 平成 年 月 日	年齢	歳 (か月)
保護者 <small>(申請者と同じ場合は記入不要)</small>	氏名		被接種者との続柄	
予防接種の種類 <small>(発行希望の種類に☑、回数に○をつける)</small>	<input type="checkbox"/> 五種混合1期 (1回目 2回目 3回目 追加) <input type="checkbox"/> ヒブ (1回目 2回目 3回目 追加) <input type="checkbox"/> 四種混合1期 (1回目 2回目 3回目 追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1回目 2回目 3回目 追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1回目 2回目 3回目) <input type="checkbox"/> BCG		<input type="checkbox"/> ロタウイルス (1回目 2回目 3回目) <input type="checkbox"/> 水痘 (1回目 2回目) <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合【MR】 (1期※1歳児 2期※年長相当) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1回目 2回目 追加 2期) <input type="checkbox"/> 二種混合2期【DT】 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス (1回目 2回目 3回目)	
滞在先	〒	TEL (様方)		
依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 静岡市の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先の住所 <input type="checkbox"/> その他 ()			
接種希望 医療機関	所在地	〒		
	名称	TEL		
理由	(年 月ころまで)			
添付資料	母子健康手帳の出生届のページ(出生届のページが未記入の場合は表紙等)と、予防接種の記録のページ全て(未接種のページも含む)のコピー			

担当 〒420-0846 静岡市葵区城東町24番1号

静岡市保健所 感染症対策課 予防接種係 TEL 054-249-3173