

令和〇〇年△△月××日

(あて先) 静岡市保健

どちらかに○をする

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

住民票の住所

この書類を記入する人

申請者

氏名

静岡 花子

申請者と同じ場合は「同上」も可

母

接種を受ける人

住所

静岡県 同上

被接種者

フリガナ

シスオカ タロウ

性別

男 ・ 女

氏名

静岡 太郎

生年月日

ROO年△△月××日

年齢

〇歳 (△ヵ月)

保護者

(申請者と同じ場合は記入不要)

氏名

被接種者との続柄

予防接種の種類 (発行希望の種類に☑、回数に○をつける)

- 五種混合 1 期
 - 1 回目 2 回目 3 回目 追加)
- ヒブ
 - (1 回目 2 回目 3 回目 追加)
- 四種混合 1 期
 - (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)
- B 型肝炎
 - 1 回目 2 回目 3 回目)
- BCG

- ロタウイルス
 - (1 回目) (2 回目) 3 回目)
- 五種混合に、ヒブと四種混合が含まれています。
- 麻しん・風しん混合 【MR】
 - (1 期 2 期)

接種を希望する種類にレ点をし、回数があるものについては、回数に○をつける。

作成した依頼書の送付先にチェック。

滞在先

〒〇〇〇-△△△△
〇〇県〇〇市×××××
TEL ×××-×××-××××

(〇〇 様方)

依頼書送付先

- 静岡市の住所
- 滞在先の住所
-

送付先住所の世帯主と申請者の名字が異なる場合、送付先世帯主の氏名を記入

接種希望医療機関

所在地
名称

〒〇〇〇-△△△△
〇〇市××××××××
TEL ×××-×××-××××
〇〇クリニック

住民票以外のところに滞在している場合、滞在予定期間を記入。

理由

異帯り出産のため

(ROO 年 〇 月ころまで)

かかりつけ医のため、夫の出張に付き添っているため等、静岡市で接種をしない理由を記入

担当 電話 420-0846

〒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