

竹原市予防接種依頼書交付申請書

竹原市長 様

申請者 氏名  
住所  
被接種者との続柄  
電話番号

広島県広域化予防接種受託医療機関以外での定期予防接種を希望しますので申請します。

被接種者	ふりがな		
	氏名		
	住所	竹原市	
	生年月日	年 月 日	
滞在先	住所		
	電話番号		
接種予定の医療機関	医療機関名		
	所在地及び電話番号		
接種予定の 予防接種 ※該当するものに○印をしてください。	予防接種の種類	回数(○をしてください)	
	五種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	三種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	二種混合	2期	
	不活化ポリオ	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	麻しん風しん混合(MR)	1期・2期	
	麻しん	1期・2期	
	風しん	1期・2期	
	日本脳炎	1回初回(1回目・2回目)・1期追加・2期	
	BCG		
	Hib(ヒブ)	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	
	ヒトパピローマウイルス	1回目・2回目・3回目	
	RSウイルス		
	水痘	1回目・2回目	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	ロタウイルス	ロタリックス(1価)	1回目・2回目
		ロタテック(5価)	1回目・2回目・3回目
	高齢者インフルエンザ		
	高齢者肺炎球菌		
	新型コロナウイルス感染症		
帯状疱疹	ビケン	1回目	
	シングリックス	1回目・2回目	
申請する理由	1 重篤な疾患等により実施医療機関以外に入院又は通院しているため		
	2 市外に滞在し、やむを得ない事情により実施医療機関で接種できないため		
	3 その他( )		