

年 月 日

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）		
	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		
	B C G			
	H i b（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		
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	四種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	五種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	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		
	水痘	1回目・2回目		
	日本脳炎	1回初回（1回目・2回目）・1期追加・2期		
	二種混合	2期		
	ヒトパピローマウイルス	1回目・2回目・3回目		
	高齢者肺炎球菌			
	高齢者インフルエンザ			
	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（ ）				