

大和高田市 長 殿

予 防 接 種 依 頼 書 発 行 願

令和 年 月 日

保 護 者 住 所 大和高田市

電 話 () -

保 護 者 氏 名 _____

被 接 種 者 氏 名 _____

生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)

依 頼 の 理 由 _____

(滞在先住所)

(電話番号)

年度内に実施する
予防接種の種類

ロタウイルス (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回)

小児用肺炎球菌 (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加)

ヒブ (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加)

B型肝炎 (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回)

5種・4種混合1期 (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加)

ポリオ (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 4 回)

麻しん風しん混合MR (1 期 ・ 2 期)

BCG・水痘 (1 回 ・ 2 回)

日本脳炎1期 (1 回 ・ 2 回 ・ 追加)

日本脳炎2期(小4)・2種混合2期(小6)

子宮頸がん予防ワクチン (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回)

予防接種実施医療機
関もしくは市町村名

所 在 地 : 〒 _____

医療機関名(市町村名) : _____

院 長 名(市町村長名) : _____

電 話 : () - _____