

大和高田市市長 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回・2回・3回・追加 )

BCG ・ 水痘 ( 1回・2回 )

麻しん風しん混合MR ( 1期・2期 )

日本脳炎 ( 1回・2回・追加 ) ・ 日本脳炎2期

2種混合

子宮頸がん予防ワクチン (1回・2回・3回)

ポリオ ( 1回・2回・3回・4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(または市町村名)：

院長名(または市町村長名)：

電話：