

定期予防接種依頼書交付申請書

令和 年 月 日

弘前市長 櫻田 宏 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____
被接種者との続柄()

電話番号 _____

下記の理由により、予防接種依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	住 所	弘前市大字	
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年 月 日	(歳 か月)
申請理由		<input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> その他()	
予防接種名 (希望する予防接種名および回数に○をつけてください)		ロタウイルス感染症	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ※2回目以降の接種の場合 → 1価 ・ 5価
		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
		4種混合	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
		2種混合	
		BCG	
		麻しん風しん混合	1期 ・ 2期
		水痘	1回目 ・ 2回目
		日本脳炎	1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期
子宮頸がん	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
予防接種 依頼先	住 所	〒 _____ TEL _____	
	市区町村又は 医療機関名		
滞在先	住 所	〒 _____ TEL _____	
	世帯主氏名		