

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
		B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
		5種混合	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
		ヒブ	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
		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		

【問い合わせ】〒036-8711 弘前市大字野田二丁目7-1  
弘前市健康子ども部健康増進課  
TEL0172-37-3750