

(申請者) 住所 :

氏名 :

対象者との続柄

電話番号 :

[]

定期予防接種・他市町村実施申請書

対象者 (予防接種を受ける方)	住所	牛久市		
	ふりがな		生年月日	
	氏名		年 月 日	(歳 か月)
保護者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
滞在先	居所	〒 (様方)		
	電話番号	※日中連絡の取れる番号を記入してください。		
	滞在予定期間	年 月 日 から	年 月 日	
滞在の理由	1. 区域外通学 2. 長期滞在 3. その他			
	上記2. 3の理由:			
予防接種種類 (希望する予防接種の種類に☑し、回数に○してください。)	<input type="checkbox"/> ヒブ (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 3種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 5種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1・2・3) <input type="checkbox"/> ポリオ (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MRI期・2期) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1・2・追加・2期) <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 水痘 (1・2) <input type="checkbox"/> ロタ (1・2・3) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん (1・2・3) <input type="checkbox"/> RSウイルス(母子免疫ワクチン)			
	接種予定医療機関	所在地	〒	
	名称			
	電話番号			

※予防接種依頼書の送付先(いずれかに☑) 牛久市の住所 滞在先の居所 その他()

【牛久市記入欄】

決 裁 欄	課長	課長補佐	リーダー	担当

受付日 :

受付担当 :

上記申請のとおり、依頼書を発行してよろしいかお伺いいたします。

受付方法	窓口・郵送・メール・FAX・その他()	
依頼先確認	確認日:	確認先:
依頼書送付先	牛久市の住所・滞在先の居所・その他()	
送付物・送付日	依頼書・予診票・その他()	送付日: