

寝屋川市予防接種依頼書発行申請書

令和 年 月 日

(あて先) 寝屋川市長

申請者 住所：〒

氏名：

(被接種者との続柄：)

(連絡のつく電話番号：)

下記のとおり発行及び交付の申請をします。

記

フリガナ		
被接種者氏名		
生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	
住所	〒 寝屋川市 (TEL:)	
保護者名		
希望する予防接種名と接種回数に○を記入してください	ロタ	1回目・2回目・3回目
	ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	B型肝炎ワクチン	1回目、2回目、3回目
	4種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	五種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	BCG	1回
	麻しん風しん (MR)混合	1期・2期
	水痘	1回目・2回目
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期
	二種混合 (DT)	1回
子宮頸がん	1回目・2回目・3回目	
予防接種を受ける市町村名と病院名	市町村名 () 病院名 ()	
本市で受けられない理由		
滞在先住所	〒 旧姓 (TEL:)	

※里帰りで、旧姓のご実家への送付を希望される場合は「旧姓」も必ずご記入下さい。

※郵送にて手続される場合は、母子健康手帳の「出生届出済証明欄」と「予防接種の記録」のコピーの同封をお願いします。また、依頼書を返送するための返信用封筒の同封も併せてお願いします。

※予診票は送付しておりません。寝屋川市様式の予診票が必要かどうかを病院に確認し、必要があれば担当課にご連絡ください。