

豊川市外予防接種実施依頼書発行申請書

様式第1号

豊川市長 様

以下のとおり市外で予防接種を受けることを申請します。

申請日		令和 年 月 日		
被接種者	氏名	フリガナ (男・女)		
	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)		
	住所	〒 ー 豊川市		
	電話番号 (日中連絡のとれる番号)	() ー 本人・母・父・その他 ()		
保護者	氏名	フリガナ		
予防接種	申請理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> その他理由 ()		
	医療機関	所在地： 医療機関名：		
	希望ワクチン ※希望ワクチン、かつ申請年度内での接種可能なワクチンの□にチェックをつけてください。	小児肺炎球菌	□1回目 □2回目 □3回目 □4回目	
		B型肝炎	□1回目 □2回目 □3回目	
		ロタウイルス	ロタリックス □1回目 □2回目 ロタテック □1回目 □2回目 □3回目	
		5種混合	□1回目 □2回目 □3回目 □4回目	
		BCG	□	
		ヒブ	□1回目 □2回目 □3回目 □4回目	
		4種混合	□1回目 □2回目 □3回目 □4回目	
		MR	□1期 □2期	
水痘		□1回目 □2回目		
日本脳炎		□1期1回目 □1期2回目 □1期追加 □2期		
DT(2種混合)	□2期			
ヒトパピローマウイルス	シルガード9	□1回目 □2回目 □3回目		
	ガーダシル	□1回目 □2回目 □3回目		
	サーバリックス	□1回目 □2回目 □3回目		
予診票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ □市から送付前 □紛失 □滞在先に持参していない 送付が必要な予診票のワクチン・回数を記入 ()			
滞在先	滞在先がある場合は記入をお願いします			
	住所	〒 ー (様方)		
	電話番号	() ー		
申請者	<input type="checkbox"/> 上記保護者に同じ(下記への記入は不要です。) <input type="checkbox"/> 代理で申請(代理の申請の方は、記入をお願いします。)			
	氏名	フリガナ		
	被接種者との続柄			
	住所	〒 ー 豊川市		
電話番号 (日中連絡のとれる番号)	() ー			
書類送付先	□来所 □郵送(被接種者住所・滞在先・申請者)			
予防接種予定日	□無 □有(令和 年 月 日)			

※この申請書に必ず母子健康手帳の出生届のページと予防接種記録のページ(1)から(5)を添付すること。