

予防接種実施依頼書発行申請書

年 月 日

（宛先） 稚内市長 様

申請者（保護者）

住 所 稚内市

氏 名

※署名の場合は押印不要

（被接種者との続柄 ）

電話番号

次のとおり予防接種実施依頼書の発行を申請します。

被 接 種 者	氏 名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日
	住 所	稚内市		
滞 在 先 の 住 所				
滞 在 の 理 由				
滞 在 期 間		年 月 日 から 年 月 日まで		
接種予定医療機関名		TEL		
予 防 接 種 の 種 類  ※ 希望するものに○を付けてください。	四種混合、三種混合	1 期初回（ 1 回目・2 回目・3 回目 ）、1 期追加		
	二種混合（ジフテリア・破傷風）	1 期初回（ 1 回目・2 回目 ）、1 期追加 、2 期		
	ポリオ	1 期初回（ 1 回目・2 回目・3 回目 ）、1 期追加		
	麻しん風しん混合	1 期 ・ 2 期		
	日本脳炎	1 期初回（ 1 回目・2 回目 ）、1 期追加 、2 期		
	BCG			
	ヒブ	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		
	子宮頸がん	1 回目・2 回目・3 回目		
	水痘	1 回目・2 回目		
	B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目		
	ロタウイルス	1 回目・2 回目・3 回目		