

年 月 日

川 俣 町 長 様

住所 川俣町  
 申請者(保護者) 氏名 \_\_\_\_\_

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

下記により、契約医療機関以外で予防接種を受けたいので、予防接種依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	住所	川俣町	
	現在の居住地		
	氏名	(男・女)	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	電話番号
	保護者氏名		
希望する 予防接種 (○で囲む)	ロタウイルス ( 1回目・2回目・3回目 ) 小児用肺炎球菌 ( 初回1回目・2回目・3回目・追加 ) BCG 五種混合 ( 1期初回1回目・2回目・3回目・追加 ) 二種混合 ( 2期 ) 麻しん風しん ( 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・追加・2期 ) 子宮頸がん ( 1回目・2回目・3回目 ) 高齢者肺炎球菌 高齢者インフルエンザ 任意インフルエンザ 高齢者新型コロナ 高齢者帯状疱疹 (生ワクチン・組換えワクチン1回目・2回目) その他 ( )		
接種医療機関	名称		
	所在地		
実施理由			