

定期予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

江戸川区長 宛

下記のとおり定期予防接種依頼書の交付を申請します。

申請者氏名				
申請者電話番号				
接種を受ける方との続柄 ※該当する続柄に☑をつけてください	☐ 母 ☐ 父 ☐ その他()			
接種を受ける方の氏名				
接種を受ける方の生年月日	年 月 日 生			
江戸川区の住所	〒 江戸川区			
滞在先住所	〒 様方			
申請理由 ※該当する理由に☑をつけてください	☐ 里帰り ☐ その他()			
依頼書の送付先 ※送付先に☑をつけてください	☐ 滞在先住所 ☐ 江戸川区の住所 ☐ その他()			
接種を受ける医療機関名				
接種を受ける医療機関の住所	〒			
接種を受ける定期予防接種の種類・回数 ※該当するものに☑をつけてください (おたふくかぜ等の任意接種は依頼書発行の対象外です。)	ヒブワクチン	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加		
	小児用肺炎球菌	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加		
	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		
	四種混合	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加		
	五種混合	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加		
	BCG	☐ 1回のみ		
	水痘	☐ 1回目 ☐ 2回目		
	麻しん風しん混合(MR)	☐ Ⅰ期 ☐ Ⅱ期		
	日本脳炎(特例も含む)	☐ Ⅰ期初回1回目 ☐ Ⅰ期初回2回目 ☐ Ⅰ期追加 ☐ Ⅱ期		
	二種混合	☐ Ⅱ期		
	子宮頸がん	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目		
	☐ その他()			

以下、事務処理欄

①受付		②依頼書作成		③依頼書発送	
日にち	担当	日にち	担当	日にち	担当