

四万十町長 様

予防接種実施依頼書交付申請書

次のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

(接種を受ける人) 被接種者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	四万十町		
保護者氏名 (被接種者が未成年の場合)		連絡先 電話番号		
滞在先住所	〒 ー (方)			
滞在期間	年 月 日から 年 月 日まで			
依頼理由	<input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 主治医の指示 <input type="checkbox"/> その他 ()			
接種希望 医療機関名称 及び所在地	〒 ー 電話：			
依頼書の 送付先	<input type="checkbox"/> 被接種者の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先居住地 <input type="checkbox"/> その他 ()			
依頼する 予防接種 (希望するものに○をつけてください)	ロタ	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	
	B型肝炎		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	小児肺炎球菌		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目	
	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		2期	
	子宮頸がん予防(HPV)		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	高齢者インフルエンザ		※年度中に1回限り	
	高齢者肺炎球菌			
	新型コロナウイルス感染症			
	带状疱疹			
RSウイルス（母子免疫ワクチン）				