

様式第1号（第2条関係）

年 月 日

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						