

吹田市定期予防接種実施依頼書交付申請書（子どもの予防接種用）

令和 年 月 日

吹 田 市 長 あて

〒

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

次のとおり吹田市以外で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付をお願いします。

被 接 種 者	氏名	フリガナ	
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	男 ・ 女
	接種時住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ 吹田市	
予防接種の種類 (希望するものに ○印をつけてくだ さい)  ※依頼書には有効 期限がありますの で御注意ください。 期限を越えた場合 は御連絡ください。	ロタ	( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目(ロタテックのみ) )	
	ヒブ	( 初回1 ・ 初回2 ・ 初回3 ・ 追加 )	
	小児肺炎球菌	( 初回1 ・ 初回2 ・ 初回3 ・ 追加 )	
	B型肝炎	( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )	
	4種混合1期	( 初回1 ・ 初回2 ・ 初回3 ・ 追加 )	
	5種混合1期	( 初回1 ・ 初回2 ・ 初回3 ・ 追加 )	
	BCG	( 1回 )	
	水痘(水ぼうそう)	( 1回目 ・ 2回目 )	
	麻しん・風しん混合	( 1期 ・ 2期 )	
	日本脳炎	( 初回1 ・ 初回2 ・ 追加 ・ 2期 )	
ジフテリア・破傷風混合	( 1回 )		
HPV(子宮頸がん予防)	( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )		
他市等で 接種する理由	1. かかりつけ医療機関が市外にあるため 2. 里帰り出産による帰省等により、市外に長期滞在中のため 3. その他 ( )		
接種する市町村	接種する 医療機関名	<input type="checkbox"/> 宛先が医療機関長宛の場合はチェックしてください	
送付先住所・方書	依頼書送付先→ <input type="checkbox"/> 申請者の住所(以下の記載不要) <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> その他 〒 ( 様方)		

※ この申請は、予防接種の接種前の申請のみ有効です。接種後の申請はできません。

2024.4月作成