

定期予防接種依頼書交付申請書

杉並区長 宛
 予防接種依頼書を下記のとおり発行願います。

申請日	令和 年 月 日		
接種を受ける方の住所	杉並区		
氏名		生年月日	平成 年 月 日生 令和
保護者氏名		電話番号 (日中の連絡先)	
予防接種の種類 □に✓印を付けてください	<input type="checkbox"/> BCG		
	ヒブ (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加)		
	小児用肺炎球菌 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加)		
	B型肝炎 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目)		
	5種混合(DPT-IPV-Hib) (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加)		
	4種混合(DPT-IPV) (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加)		
	ロタウイルス (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目)		
	MR(麻しん風しん混合) (<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期)		
	水痘 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目)		
	日本脳炎 (1期 < <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 > <input type="checkbox"/> 2期)		
	<input type="checkbox"/> DT		
	HPV (ヒトパピローマウイルス) (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目)		
申請理由 □に✓印を付けてください	<input type="checkbox"/> 里帰り		
	<input type="checkbox"/> 入院・通院		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
滞在先住所	(方書: 様方)		
滞在予定期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
予防接種実施 医療機関	医療機関名		
	住所	〒 -	
	電話番号		
依頼書宛先	<input type="checkbox"/> 接種地自治体長宛 <input type="checkbox"/> 医療機関・施設長宛		
依頼書送付先 □に✓印を付けてください	<input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 杉並区住所 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 接種地自治体 ※事前に接種方法や費用負担について確認してください。		
	所在地	〒 -	
部署名			
事務処理欄 (記入不要)			
受付日	発送日	担当者	受付番号
/	/		

上記に必要事項を記入し、郵送または持参にてご提出ください。

【送付先】 〒167-0051 杉並区荻窪5-20-1 杉並保健所保健予防課 予防接種担当 宛