

## 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				
接種を受ける方の氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生		
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"/> B C G				
	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 )				
	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"/> D T				
	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 )				
	<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症(妊婦)				
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)				
	発行日	発送日	担当者	確認者	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 杉並区菟窪5-20-1 杉並保健所保健予防課 予防接種担当 宛**