第２号様式（第４条関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

年　　月　　日

清須市長　様

申請者
住　所　清須市
氏　名

清須市予防接種実施要綱第４条第１項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな			
保護者氏名			
ふりがな		生年月日	年　月　日
被接種者氏名			（　歳　か月）
住所	（住民登録をしているところ） 清須市		
	（滞在先）　〒　－ （　様方）		
電話番号 日中連絡可能な番号	（　）　－		
接種理由	１　里帰り出産　２　長期入院治療　３　かかりつけ医 ４　その他（　）		
希望する医療機関	名称 所在地　〒 電話（　）　－		
希望する予防接種 ※申請日の年度末までに実施予定の予防接種が希望の対象となります	ロタウイルス	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	
	ヒブワクチン	初回（１回目・２回目・３回目）・追加	
	小児肺炎球菌	初回（１回目・２回目・３回目）・追加	
	ＢＣＧ		
	四種混合	初回（１回目・２回目・３回目）・追加	
	五種混合	初回（１回目・２回目・３回目）・追加	
	麻しん風しん混合（ＭＲ）	第Ⅰ期・第Ⅱ期	
	水痘	１回目・２回目	
	その他	（　）	
接種予定日	年　月　日頃予定		
依頼書送付先	１　現住所　２　滞在先　３　その他（　）		

※　添付書類　母子健康手帳の予防接種欄の写し