

令和〇年〇月〇日

湯沢市長様

申請者 住所 湯沢市佐竹町1番1号

氏名 湯沢 一郎

秋田県外において定期予防接種を希望しますので、予防接種依頼書の交付を申請します

被接種者	フリガナ 氏名	<b>ユザワ タロウ</b> <b>湯沢 太郎</b>																												
	生年月日	令和〇年〇月〇日 (満△才□ヶ月)																												
滞在先住所	〒〇〇〇-〇〇〇1 □□□□□□□□□□ 世帯主 <b>山田 一郎</b> 様方 電話番号 <b>090-0000-0000</b> (日中連絡のとれる番号) 電話に出られる方 (母・父・その他 <b>花子</b> )																													
予防接種実施 依頼書発行理由	<ol style="list-style-type: none"> <li>保護者の出産等による里帰りのため</li> <li>県外の病院へ入院、入所しているため</li> <li>その他 ( )</li> </ol>																													
希望する予防接種 (希望するものに○ をつけてください)	<table border="0"> <tr> <td>五種混合</td> <td>1期 (1回目・2回目・3回目) ・ 1期追加</td> </tr> <tr> <td>四種混合</td> <td>1期 (1回目・2回目・3回目) ・ 1期追加</td> </tr> <tr> <td>二種混合</td> <td>2期</td> </tr> <tr> <td>麻しん風しん混合</td> <td>1期・2期</td> </tr> <tr> <td>麻しん</td> <td>1期・2期</td> </tr> <tr> <td>風しん</td> <td>1期・2期</td> </tr> <tr> <td>日本脳炎</td> <td>1期初回 (1回目・2回目) ・ 1期追加 ・ 2期</td> </tr> <tr> <td>BCG</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヒブ</td> <td>初回免疫 (1回目・2回目・3回目) ・ 追加免疫</td> </tr> <tr> <td>小児用肺炎球菌</td> <td>初回免疫 (1回目・2回目・3回目) ・ 追加免疫</td> </tr> <tr> <td>ヒパピローウイルス</td> <td>1回目・2回目・3回目</td> </tr> <tr> <td>ス</td> <td>1回目・2回目</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1回目・2回目・3回目</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1回目・2回目・3回目 (ロタテックのみ)</td> </tr> </table>		五種混合	1期 (1回目・2回目・3回目) ・ 1期追加	四種混合	1期 (1回目・2回目・3回目) ・ 1期追加	二種混合	2期	麻しん風しん混合	1期・2期	麻しん	1期・2期	風しん	1期・2期	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目) ・ 1期追加 ・ 2期	BCG		ヒブ	初回免疫 (1回目・2回目・3回目) ・ 追加免疫	小児用肺炎球菌	初回免疫 (1回目・2回目・3回目) ・ 追加免疫	ヒパピローウイルス	1回目・2回目・3回目	ス	1回目・2回目		1回目・2回目・3回目		1回目・2回目・3回目 (ロタテックのみ)
五種混合	1期 (1回目・2回目・3回目) ・ 1期追加																													
四種混合	1期 (1回目・2回目・3回目) ・ 1期追加																													
二種混合	2期																													
麻しん風しん混合	1期・2期																													
麻しん	1期・2期																													
風しん	1期・2期																													
日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目) ・ 1期追加 ・ 2期																													
BCG																														
ヒブ	初回免疫 (1回目・2回目・3回目) ・ 追加免疫																													
小児用肺炎球菌	初回免疫 (1回目・2回目・3回目) ・ 追加免疫																													
ヒパピローウイルス	1回目・2回目・3回目																													
ス	1回目・2回目																													
	1回目・2回目・3回目																													
	1回目・2回目・3回目 (ロタテックのみ)																													
依頼書宛先	<ol style="list-style-type: none"> <li>滞在先市町村長あて</li> <li>医療機関あて (医療機関名: )</li> </ol>																													
依頼書送付先	<ol style="list-style-type: none"> <li>湯沢市住所</li> <li>滞在地住所</li> <li>滞在先自治体 (部署名: ) (住所: )</li> </ol>																													

滞在先の自治体の予防接種担当課へあらかじめご確認ください