

別記

No. \_\_\_\_\_

第1号様式（第3条関係）

令和 年 月 日

（宛先）中央区長

申請者 住所

氏名

被接種者との続柄

## 予防接種実施依頼書交付申請書

予防接種法第5条第1項の規定に基づく予防接種を都合により受けることができないので、下記のとおり、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被接種者氏名		生年月日	年 月 日
保護者氏名			
滞在先住所 （中央区以外）	〒	電話番号	
予防接種の種類 ※ 希望するものに○をつけてください。	ヒブ感染症	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	小児の肺炎球菌感染症	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	ロタウイルス感染症	1回目・2回目・3回目（ロタテックのみ）	
	四種混合（DPT-IPV）	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	三種混合（DPT）	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	不活化ポリオ	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	結核（BCG）		
	麻しん風しん混合（MR）	第1期・第2期	
	麻しん	第1期・第2期	
	風しん	第1期・第2期	
	水痘	1回目・2回目	
	日本脳炎	第1期初回（1回目・2回目）・追加・第2期	
	二種混合（DT）	第1期初回（1回目・2回目）・追加・第2期	
子宮頸がん	1回目・2回目・3回目		
申請理由		滞 在 期 間	
接 種 場 所	医療機関名		
	医療機関住所		
予防接種実施依頼書の宛先 ※ 滞在先の自治体にお問合せください。	1 市区町村宛 2 医療機関宛 3 その他（ ）		
予防接種実施依頼書送付先	1 住所（住民登録のある住所） 2 滞在先住所 3 その他（ ）		

備考

- 1 予防接種実施依頼書の宛先が医療機関の場合、接種先医療機関名を明記してください。
- 2 予防接種の記録のある母子健康手帳の写しを添付してください。  
（母子健康手帳の「予防接種の記録(1)」から「予防接種の記録(5)」の頁まで）  
ただし、生後2月未満の方はこの添付を省略することができます。