

定期予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

仙台市保健所長 様

申請者 ※未成年の場合は保護者の情報を記入してください。後見人可

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

予防接種法に基づき、仙台市が実施する定期予防接種を都合により受けることができないので、下記により予防接種依頼書を発行して下さるようお願いいたします。

接種を受ける方	住所	仙台市 区			
	フリガナ		男・女	生年 月日	年 月 日生 (歳 カ月)
	氏名				
滞在先住所	〒 _____ (_____ 様方) 電話 (日中連絡が取れる番号) :				
依頼する 予防接種名	※あてはまるものにレ点をつけてください Hib(ヒブ)感染症 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加 小児の肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回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 ロタウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 ※ロタテック(5価)のみ 4種混合(DPT-IPV) 第1期(<input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目) <input type="checkbox"/> 第1期追加 5種混合(DPT-IPV-Hib) 第1期(<input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目) <input type="checkbox"/> 第1期追加 2種混合(DT) <input type="checkbox"/> 第2期 BCG <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん <input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期 水痘 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 日本脳炎 第1期(<input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目) <input type="checkbox"/> 第1期追加 <input type="checkbox"/> 第2期 ヒトパピローウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
依頼する理由	<input type="checkbox"/> 出産に伴う里帰り <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
依頼書の宛名	※滞在先の市町村にご確認のうえ、ご記入ください <input type="checkbox"/> 市区町村長 <input type="checkbox"/> 実施医療機関の長 → 医療機関名 (_____)				
依頼書の受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口受取 <input type="checkbox"/> 郵送にて受取 ※送付先 (<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 滞在先市町村の担当部署)				
滞在期間	<input type="checkbox"/> 予定あり (_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未定				

→台紙に添付書類を貼ってください