

※記入例

鎌ヶ谷市予防接種依頼書発行申請書

申請日 2020年 10月 1日

鎌ヶ谷市長 あて

申請者	住所	鎌ヶ谷市△△△△△△△△△△		
	氏名	フリガナ	カマガヤ	ハナコ
		鎌ヶ谷 花子		接種を受ける方との続柄
電話番号	△△△-△△△△-△△△△			

次のとおり予防接種を受けたいので申請します。

予防接種を受ける方	フリガナ	カマガヤ	コウセイ	性別	生年月日
	氏名	鎌ヶ谷 輝星		男	2020年 8月 1日
保護者氏名	*申請者と異なる場合に記入				
住所	*申請者と異なる場合に記入				
電話番号	*申請者と異なる場合に記入				
申請理由	里帰り先で接種を受けるため				
滞在先住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県□□市〇〇〇〇〇〇 ( 栗山 )様方				
滞在先電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
接種医療機関	医療機関名	〇〇こどもクリニック			
	電話番号	×××-×××-×××× 所在する市町村名( □□市 )			
接種する日	2020年 10月 5日				
予防接種の種類 (接種するワクチンにレ点を、回数に○を付けてください)	<input checked="" type="checkbox"/> ロタリックス	1回目 2回目		複数回の場合は、最初に接種する日を記入してください。	
	<input type="checkbox"/> ロタテック	1回目・2回目・3回目			
	<input checked="" type="checkbox"/> ヒブ	初回( 1回目・2回目・3回目 )		滞在先で接種する回数全てに○を付けてください。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回( 1回目・2回目・3回目 )			
	<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目			
	<input checked="" type="checkbox"/> 四種混合	1期初回( 1回目・2回目・3回目 )			
	<input type="checkbox"/> BCG				
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期			
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目			
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回( 1回目・2回目 )			
	<input type="checkbox"/> 二種混合				
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期			
	<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期			
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防	1回目・2回目・3回目				
依頼書宛先	1. 市町村長あて 2. 接種医療機関あて				
依頼書送付先	1. 現住所 2. 滞在先 3. 市町村 4. 接種医療機関				

[鎌ヶ谷市処理欄] コード( )