

糸島市長 様

申請者住所

申請者氏名
(又は保護者)

予防接種依頼書の交付願

下記により 区・市・町・村で予防接種を受けることを希望しますので、依頼書の交付方をお願いします。

なお、依頼書は、市町村もしくは下記の接種医療機関に交付いただきますよう、併せてお願いします。

記

被接種者	氏名		生年 月日	年 月 日	
	住所	糸島市			
	滞在先住所 (依頼書送付先)	〒 (様方)			
	電話番号				
予防接種の種類 希望する予防接種の種類に☑、回数に○ ※ロタは令和2年8月以降に生まれた人が対象	<input type="checkbox"/> ロタ (1・2・3 回目) <input type="checkbox"/> ヒブ (1・2・3・4 回目) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1・2・3・4 回目) <input type="checkbox"/> MR (1・2 期) <input type="checkbox"/> 四種混合 (1・2・3・4 回目) <input type="checkbox"/> 水痘 (1・2 回目) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1・2・3・4 回目・2期) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1・2・3 回目) その他 ()				
糸島市が委託した医療機関で予防接種を受けられない理由	① 長期里帰りのため ② 施設に入所中のため ③ その他 ()				
接種医療機関					
接種予定期間					
予診票について	生後2ヶ月頃に糸島市から送付される予診票をお使いください。 紛失した場合はこちらにチェックしてください。→ <input type="checkbox"/>				