

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回目・2期) <input type="checkbox"/> B型肝炎(1・2・3回目) <input type="checkbox"/> HPVワクチン(1・2・3回目) <input type="checkbox"/> 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、又は接種対象時期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"/>				