

予 防 接 種 実 施 依 頼 書 発 行 申 請 書

令和 年 月 日

(宛先) 京 都 市 長

申請者 住 所

電話番号

ふりがな

氏 名

被接種者との続柄

下記のとおり、やむを得ず他都市において定期的予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

予防接種の種類 *希望するものに○を付けてください。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小児用肺炎球菌 : 初回接種 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加接種 ・ B型肝炎 : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ ロタウイルス : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 5種混合 : 1期初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加接種 ・ 4種混合 : 1期初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加接種 ・ ヒブ (H i b) : 初回接種 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加接種 ・ DT : 2期 ・ 不活化ポリオ : 初回接種 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加接種 ・ 麻しん風しん混合 (MR) : 1期 ・ 2期 ・ 麻しん : 1期 ・ 2期 ・ 風しん : 1期 ・ 2期 ・ 水痘 : 1回目 ・ 2回目 ・ 日本脳炎 : 1期初回 (1回目 ・ 2回目) ・ 1期追加 ・ 2期 ・ ヒトパピローマウイルス (HPV) : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ BCG * 予防接種実施依頼書の効力は発行日から 6か月間 です。接種予定日をもう一度御確認ください。			
ふりがな	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">生年月日</td> <td style="width: 55%; text-align: center;">平・令 年 月 日</td> </tr> </table>		生年月日	平・令 年 月 日
	生年月日	平・令 年 月 日		
被接種者氏名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: center;">電話番号</td> </tr> </table>		電話番号	
	電話番号			
被接種者住所及び電話番号	〒 京都市 区			
依頼書の宛名 (市区町村長か医療機関の院長か)	(注) 滞在先の自治体の予防接種担当部署に確認のうえ、以下該当するものを <u>1つだけ</u> 記入してください。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 市区町村長 (都・道・府・県 市・区・町・村) ・ 医療機関 () ・ その他 () 			
他都市接種の理由				
滞在先住所及び電話番号	〒 電話番号 様方			
依頼書送付先 *いずれかに○を付けてください。	被接種者住所 ・ 滞在先住所 ・ その他 (宛名 : 住所 : 〒)			
接種予定日 *いずれかにご記入ください。	* 受理してから発送するまで、約2週間かかりますので、余裕を持って提出をお願いします。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 予 約 済 (令和 年 月 日) ・ 未 定 (令和 年 月頃接種予定) ・ そ の 他 () 			
備考				

令和 年 月 日

保健福祉局医療衛生推進室
医療衛生企画課長 様

----- 区役所・支所保健福祉センター長

(担当者名)

上記のとおり申請がありましたので、発行方依頼します。