

定期予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

弘前市長 殿

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_  
被接種者との続柄( )

電話番号 \_\_\_\_\_

下記の理由により、予防接種依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	住 所	弘前市大字
	(フリガナ) 氏 名	( 男 ・ 女 )
	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月 )

※本申請は被接種者1名毎に1部ご提出ください。

申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> その他( )	
予防接種名 <small>(希望する予防接種名および回数に○をつけてください)</small>	ロタウイルス感染症	1回目・2回目・3回目 ※2回目以降の接種の場合 → 1価・5価
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	5種混合	1回目・2回目・3回目・追加
	小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加
	ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加
	2種混合	
	BCG	
	麻しん風しん混合	1期・2期
	水痘	1回目・2回目
	日本脳炎	1回目・2回目・追加・2期
	子宮頸がん	1回目・2回目・3回目
	RSウイルス(妊婦)	
	予防接種 依頼先	住 所
市区町村又は 医療機関名		
滞在先	住 所	〒 _____ TEL _____
	世帯主氏名	

【問い合わせ】 〒036-8711 弘前市大字野田二丁目7-1  
 弘前市健康子ども部健康増進課  
 TEL0172-37-3750