

課長	課長補佐	係長	【職員のみ】係員

令和	年度
令和	年 月 日

受付者印	郵送 窓口

志免町長 様

予防接種依頼書の交付について(申請)

予防接種法(昭和23年法律第68号)に基づく定期の予防接種を、下記の理由により志免町及び福岡県広域予防接種指定医療機関において受けることができない為、依頼書を交付されるよう申請します。

記

1. 住所 福岡県糟屋郡志免町

2. 被接種者名 _____ (生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日生)

3. 保護者名 _____ 連絡先(Tel _____ - _____)

4. 予防接種名 ○印等のついている予防接種を希望します。

【 ロ タ リ ッ ク ス 】 1回目 _____ 2回目 _____

【 ロ タ テ ッ ク 】 1回目 _____ 2回目 _____ 3回目 _____

【 ヒ ブ 】 初回1回目 _____ 初回2回目 _____ 初回3回目 _____ 追加 _____

【 小 児 用 肺 炎 球 菌 】 初回1回目 _____ 初回2回目 _____ 初回3回目 _____ 追加 _____

【 B 型 肝 炎 】 1回目 _____ 2回目 _____ 3回目 _____

【 四 種 混 合 】 1期初回1回目 _____ 1期初回2回目 _____ 1期初回3回目 _____ 1期追加 _____

【 二 種 混 合 】 2期 _____

【 不 活 化 ポ リ オ ※ 】 1期初回1回目 _____ 1期初回2回目 _____ 1期初回3回目 _____ 1期追加 _____

※生ワクチン1回または、自費接種の不活化ワクチンの回数を除いた分。

【 B C G 】 1回 _____

【 M R 】 (_____) 期 _____ 【 麻 し ん 】 (_____) 期 _____ 【 風 し ん 】 (_____) 期 _____

※麻しん風しん混合

【 水 痘 】 1回目 _____ 2回目 _____

【 日 本 脳 炎 】 1期初回1回目 _____ 1期初回2回目 _____ 1期追加 _____ 2期 _____

【 子 宮 頸 が ん 予 防 】 1回目 _____ 2回目 _____ 3回目 _____

5. 接種を依頼する市町村または医療機関 _____

〒 _____

住所: _____

Tel: _____

6. 依頼理由 _____

7. 接種予定日 _____

8. 備考欄 ※居住先の住所(里帰り先等)

〒 _____ 様方 Tel: _____ - _____

申請先 〒811-2292

福岡県糟屋郡志免町志免中央一丁目1番1号
志免町役場 健康課 健康管理係 Tel (092)935-1473