

| | | | |
|----|------|----|----|
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 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)

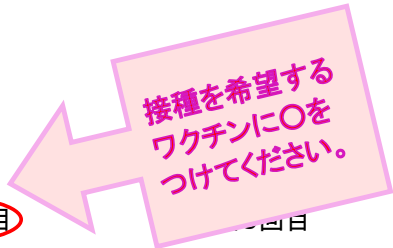
予防接種法(昭和23年法律第68号)に基づく定期の予防接種を、下記の理由により志免町及び福岡県広域予防接種指定医療機関において受けることができない為、依頼書を交付されるよう申請します。

記

1. 住所 福岡県糟屋郡志免町 志免中央1丁目〇番△号
2. 被接種者名 志免 花子 (生年月日: (平成/令和)〇年 〇月 〇日生)
3. 保護者名 志免 太郎 連絡先(Tel. 090 - 〇〇〇〇 - △△△△)

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 | | | |
| 【 ヒ ブ 】 | 初回1回目 | 初回2回目 | 2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 | |
| <small>※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。</small> | | | | | |
| 【 B C G 】 | 1回 | | | | |
| 【 M R 】 | ()期 | 【 麻 し ん 】 | ()期 | 【 風 し ん 】 | ()期 |
| <small>※麻しん風しん混合</small> | | | | | |
| 【 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 〇△〇△ 小児科
〒〇〇〇-△△△△
住所: 〇〇県〇〇市〇〇...
Tel: 〇〇〇-△△△-××××

6. 依頼理由 ※福岡県内で接種することができない理由をお書き下さい。
7. 接種予定日 ※接種する予定日をお書き下さい。期間が長い場合は〇年〇月頃、でも可
8. 備考欄 ※居住先の住所(里帰り先等)

〒 〇〇〇-〇〇〇〇
※里帰り先等のご住所をご記入ください 様方 Tel: 〇〇〇-〇〇〇〇

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