

篠栗町定期A類予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

篠 栗 町 長

次のとおり予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

被接種者 (接種を受ける人)	氏名	フリガナ 男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
申請者	氏名	<input type="checkbox"/> 被接種者と同じ
	住所	〒 篠栗町
	電話番号	() -
	被接種者との関係	
申請理由 (該当する番号に○を付け、 その理由を記入してください。)	1 福岡県外の市区町村での接種 2 篠栗町の指定する実施医療機関以外での接種 【上記接種の理由】 (帰省、里帰り出産等)	
接種医療機関・接種医名	<input type="checkbox"/> 医療機関名 <input type="checkbox"/> 医療機関所在地 <input type="checkbox"/> 接種医名 <input type="checkbox"/> 医療機関連絡先 () -	
予防接種種類 (希望するものに○を 付けてください。) ※ロタウイルスについては ロタリックス・ロタテックの いずれかに○を付けてください。	五種混合	I 期初回 (1回目・2回目・3回目)・I 期追加
	三種混合	I 期初回 (1回目・2回目・3回目)・I 期追加
	二種混合	II 期
	ポリオ	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	MR (麻しん・風しん)	I 期・II 期
	日本脳炎	I 期初回 (1回目・2回目・3回目)・II 期
	B C G	
	ヒブ	1 回目・2 回目・3 回目・4 回目
	小児用肺炎球菌	1 回目・2 回目・3 回目・4 回目
	HPV	1 回目・2 回目・3 回目
	水痘	1 回目・2 回目
	B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目
	ロタウイルス	ロタリックス・ロタテック 1 回目・2 回目・3 回目
	RSウイルス (母子免疫)	
その他 ()		
連絡先 (滞在先)・滞在期間	〒 - 住所 都・道・府・県 世帯主 電話番号 () - 滞在期間 (年 月 日～ 年 月 日)	

※接種費用が篠栗町の設定した費用より高い場合は、差額の支払が必要です。