

年 月 日			
上三川町長 様			
住所			
申請者			
氏名.....印.....			
予防接種依頼書交付申請書			
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	上三川町 番地	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月） 男 ・ 女	
	保護者名	続柄 父・母・（ ）	
	電話番号		
予防接種 の種類	乳幼児 児 童 生 徒	a. ジフテリア百日せき破傷風ポリオH i b（5 種混合）（ 回） b. ジフテリア百日せき破傷風ポリオ（4 種混合）（ 回） c. ジフテリア破傷風（2 種混合） d. MR 混合（麻しん・風しん）（ 回） e. 日本脳炎（ 回・追加・2 期） f. B C G g. H i b（ 回） h. 小児用肺炎球菌（ 回） i. 水痘（ 回） j. 子宮頸がん（ 回） k. B 型肝炎（ 回） l. ロタウイルス（ 回） m. _____（ 回）	
	高齢者	n. インフルエンザ o. 高齢者用肺炎球菌 p. 新型コロナウイルス感染症	
接種医療機関等		(名称) (所在地)	
上記医療機関で受ける理由			
本申請書に関する 連絡先		住所 氏名 電話番号 ()	
接種予定日		年 月 日	年 月 日 年 月 日
備 考			