令和　　年　　月　　日

予防接種依頼書発行申込書（小児用）

矢　掛　町　長

このことについて、次のとおり申し込みます。

ふりがな 子どもの名前		生年月日	H ・ R　　年　　月　　日生 （　　歳　　か月）
保護者名	㊞		
住　　所	〒　７１４－　　小田郡矢掛町		
電話番号		携　帯	
予防接種	（該当する予防接種の□に✔をつけてください） □DPT‐IPV‐Hib（五種混合）　[初回接種（□１回目・□２回目・□３回目）□追加接種] □DT（二種混合） □MR（麻しん・風しん）　□１期・□２期 □水痘　□１回目・□２回目 □日本脳炎　□１期[初回接種（□１回目・□２回目）□追加]　□２期 □BCG □小児肺炎球菌（１５価・２０価）　[初回接種（□１回目・□２回目・□３回目）□追加接種] □B 型肝炎　□１回目・□２回目・□３回目 □子宮頸がん（９価）　□１回目・□２回目・□３回目 □ロタウイルス（１価）　□１回目・□２回目 □ロタウイルス（５価）　□１回目・□２回目・□３回目		
滞在先住所	〒　　－ （アパート・マンション名）　　（滞在先様方名等）		
滞在先電話番号			
接種場所 （医療機関名）	〒　　－		
接種予定日			
依頼先市町村名			
滞在（依頼）の理由 （□チェック）	□親の実家に里帰り中のため（滞在期間：　　月　　日～　　月　　日） □子どものかかりつけ医のため □その他（　　）		

町使用欄

●母子手帳の予防接種のページ（接種記録）の確認　□窓口で確認　□予防接種ページのコピー

●依頼書送付先（該当するものに○をする）

滞在先　　矢掛の住所地

予防接種予定の医療機関（住所記入）　〒