

(宛先) 長野市長

申請者 住 所 長野市

氏 名

連絡先

対象者との続柄 ()

長野市予防接種実施依頼書交付申請書

下記の理由により、長野市の指定する医療機関以外の医療機関での予防接種を希望しますので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

対象者	住 所	長野市	
	ふりがな		
	氏 名		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年
保護者氏名			
滞在先の居所 及び連絡先	居 所		
	連絡先		
滞在の理由 (該当項目に☑して 下さい。その他は 詳細を記入。)	<input type="checkbox"/> 保護者の里帰り出産のため <input type="checkbox"/> 市外の施設等へ入所のため <input type="checkbox"/> 医療機関に長期入院等しているため <input type="checkbox"/> その他 ()		
滞在期間	令和	年	月 日 から 令和
予防接種の種類 (希望する予防接種 の種類、回数を○ して下さい。)	<ul style="list-style-type: none"> ・五種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) ・ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加) ・四種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) ・小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) ・B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) ・ロタウイルス (1回目・2回目・3回目) ・BCG ・麻しん風しん (1期・2期) ・水痘 (1回目・2回目) ・二種混合 (DT) ・日本脳炎 (1期1回目・1期2回目・1期追加・2期) ・高齢者肺炎球菌 ・高齢者インフルエンザ(10月～12月) ・子宮頸がん (1回目・2回目・3回目) ・その他 () 		
接種医療機関	所在地		
	名 称		
	連絡先		

※ 依頼書の送付先 (どちらかにチェック) 長野市の住所、 滞在先の居所