

委託医療機関外定期予防接種依頼書交付申請書

(あて先)成田市長

申請年月日 年 月 日

申請者名 (続柄)

被接種者との続柄

電話番号

下記により委託医療機関外定期予防接種依頼書の交付を受けたいので申請します。

予防接種を受ける方	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	成田市
	電話番号	
滞 在 先	住所	〒 様方
	電話番号	
ワクチンの種類		
接種する医療機関名	※ 事前に医療機関へ相談し、依頼書を持参して接種することについて了承を得てください。	
接種する期間	年 月 日から 年 月 日まで	
申請理由	<input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 里帰り出産等 <input type="checkbox"/> その他(具体的にお書きください。)	
接種費用	<input type="checkbox"/> 本人が負担(有料)	
予防接種依頼書のあて先	(例)〇〇病院 院長、〇〇市長、〇〇市保健所長など	
予防接種依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 滞在先へ <input type="checkbox"/> 自治体・保健所・病院等へ(住所などを記入してください。)	
	〒	様方

太枠の項目は、接種する医療機関が所在する市区町村の予防接種担当部署に確認してください。

【提出先】

〒286-0017

成田市赤坂 1-3-1(保健福祉館内) 成田市地域医療政策課

電話番号 0476-27-1119 ファックス 0476-27-1114

【市確認欄】

ワクチンの種類	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> ロタウイルス[ロタリックス](1回・2回)</li><li><input type="checkbox"/> ロタウイルス[ロタテック](1回・2回・3回)</li><li><input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型(1回・2回・3回・追加)</li><li><input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌(1回・2回・3回・追加)</li><li><input type="checkbox"/> B型肝炎(1回・2回・3回)</li><li><input type="checkbox"/> 五種混合(第1期1回・2回・3回・追加)</li><li><input type="checkbox"/> 四種混合(第1期1回・2回・3回・追加)</li><li><input type="checkbox"/> 三種混合(第1期1回・2回・3回・追加)</li><li><input type="checkbox"/> 不活化ポリオ(第1期1回・2回・3回・追加)</li><li><input type="checkbox"/> 二種混合</li><li><input type="checkbox"/> BCG</li><li><input type="checkbox"/> 麻しん・風しん(第1期・第2期)</li><li><input type="checkbox"/> 水痘(1回・2回)</li><li><input type="checkbox"/> 日本脳炎(第1期1回・2回・追加・第2期)</li><li><input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス[2価サーバリックス](1回・2回・3回)</li><li><input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス[4価ガーダシル](1回・2回・3回)</li><li><input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス[9価シルガード](1回・2回・3回)</li><li><input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌</li><li><input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ</li></ul>
---------	---