

定期予防接種及び行政措置による予防接種依頼申請書

予防接種名 ※希望をするものに ○をつけてください。	ヒブ感染症	1回目	2回目	3回目	追加分
	小児用肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加分
	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	
	四種混合	1回目	2回目	3回目	追加分
	五種混合	1回目	2回目	3回目	追加分
	B C G				
	MR(麻しん・風しん)	第1期	第2期	行政措置	
	水痘(水ぼうそう)	1回目	2回目		
	日本脳炎	1期(1回目 2回目 追加)			2期
	D T				
	おたふくかぜ	※1歳のお子さん対象			
	子宮頸がん	1回目	2回目	3回目	
※成人のみ		高齢者肺炎球菌 高齢者インフルエンザ			
被接種者	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月) (男・女)			
	住所	うるま市			
保護者氏名			TEL		
※被接種者が16歳未満の場合					
滞在先	住所	〒 様方			
	TEL	(滞在先で昼間連絡のとれる番号を記入ください)			
滞在予定期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
予防接種を受ける医療機関	住所				
	病院名				

上記のとおり他市町村で予防接種を受けるため、予防接種実施依頼書の発行を申請いたします。

令和 年 月 日

うるま市長様

申請者

住所 うるま市

氏名