

年 月 日

（あて先） 甲府市長

申請者住所

氏名

㊞

被接種者との関係

予防接種実施依頼書交付申請書

次のとおり、予防接種を受けたいので予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	フリガナ 氏名 住所 生年月日 年 月 日生 電話	性別
保護者名		
滞在先住所		電話
滞在の理由		
滞在期間	年 月 日から 年 月 日まで	
予防接種の種類 ※希望するものに○ を付けてください。	(1) ロタウイルス	ロタリックス 1回目・2回目 ロタテック 1回目・2回目・3回目
	(2) ヒブ	1回目・2回目・3回目・4回目
	(3) 小児の肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・4回目
	(4) B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	(5) 四種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目） 1期追加
	(6) 五種混合	初回（1回目・2回目・3回目） 追加
	(7) BCG	
	(8) 麻しん風しん混合	1期、2期
	(9) 水痘	1回目・2回目
	(10) 二種混合	2期
	(11) 子宮頸がん	1回目・2回目・3回目
	(12) 日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）、1期追加、2期
	(13) 高齢者インフルエンザ	
	(14) 高齢者肺炎球菌	