

定期予防接種（承認書・依頼書）交付願

予防接種法に基づいて行う予防接種を下記の理由で実施するにあたり、承認書または依頼書の交付をお願いいたします。

※ 希望する予防接種に○をつけてください

予防接種の種類		・ロタウイルス（1回目・2回目・3回目） ・B型肝炎(1回目・2回目・3回目) ・小児用肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・追加) ・ヒブ(1回目・2回目・3回目・追加) ・五種混合(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) ・BCG ・MR(麻しん風しん)（第1期・第2期） ・水痘(1回目・2回目) ・日本脳炎(1回目・2回目・追加・第2期) ・二種混合 ・HPV(ヒトパピローマウイルス)（1回目・2回目・3回目）			
接種を受ける方	住 所	桜井市			
	ふり氏 がな名	男・女			
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）			
申請理由		かかりつけ医 その他（ ）			
接種希望医療機関		医療機関名・施設名			
		住所 〒			
		電話番号 — —			
接種時滞在先 ※住民票と異なる場合記入		〒			
		（ 様方） 電話番号 — —			

桜井市長 松井 正剛 様

年 月 日

申請者 住所 _____
氏名 _____（続柄： ）
電話 _____