

予防接種依頼書発行申請書

年 月 日

越谷市長 宛

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

下記のとおり予防接種依頼書の発行を申請します。

記

予防接種の種類 ※該当欄に○印	ロタウイルス	経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン	(回目)	
	ロタウイルス	五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン	(回目)	
	B型肝炎 (回目)				
	ヒブ (回目・追加)				
	小児用肺炎球菌 (回目・追加)				
	BCG				
	ポリオ (回目・追加)				
	5種混合 (期 回目・追加)				
	4種混合 (期 回目・追加)				
	2種混合 (期)				
	麻しん風しん混合 (期)				
	麻しん (期)				
	風しん (期)				
	水痘 (回目)				
	日本脳炎 (期)				
	ヒトパピローマウイルス (回目)				
	高齢者インフルエンザ				
	高齢者肺炎球菌				
	高齢者新型コロナウイルス				
	高齢者帯状疱疹		ビケン		
高齢者帯状疱疹		シングリックス	(回目)	
被接種者氏名	ふりがな	被接種者	生年月日	年 月 日	
住 所	(申請者と異なる場合)				
保護者氏名	ふりがな				
滞 在 先	※必要時に記入				
申 請 理 由					
接 種 場 所 ※該当欄に○印	埼玉県立小児医療センター				
	中川の郷療育センター				
	他市町村 (都道府県	区市町村)	
	その他 ()				