

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 <small>（経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン）</small> (回目)
		ロタウイルス <small>（五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン）</small> (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)
		B C G
		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	
被接種者氏名 <small>（ふりがな）</small>	被接種者 生年月日	年 月 日
住 所 <small>（申請者と異なる場合）</small>		
保護者氏名 <small>（ふりがな）</small>		
滞 在 先 <small>※必要時に記入</small>		
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) 医療機関名 ()	