

第1号様式（第5条関係）

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（ロタリックス） ( 回目)	
	ロタウイルス（ロタテック） ( 回目)	
	B型肝炎（ヘプタバックス） ( 回目)	
	B型肝炎（ビームゲン） ( 回目)	
	ヒブ (初回 回目・追加)	
	小児用肺炎球菌 (初回 回目・追加)	
	BCG	
	ポリオ ( 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 回目・追加)	
	ヒトパピローマウイルス（サーバリックス） ( 回目)	
	ヒトパピローマウイルス（ガーダシル） ( 回目)	
	ヒトパピローマウイルス（シルガード9） ( 回目)	
高齢者インフルエンザ		
高齢者肺炎球菌		
被接種者 <small>ふりがな</small> 氏名	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 <small>ふりがな</small> 氏名		
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)	
	医療機関名 ( )	