

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)
		B C G	
		ポリオ	(期 回目・追加)
		5種混合（クイントバックス）	(期 回目・追加)
		5種混合（ゴーベック）	(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	
	高齢者新型コロナ		
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)	
		医療機関名 ()	