

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)				
		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				
			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 ()				