

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（ゴービック）	（ 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		
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 (申請者と異なる場合)		
保護者氏名 <small>ふりがな</small>		
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（ ）	