

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〔経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン〕（ロタリックス）（ 回目）	
		ロタ〔五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン〕（ロタテック）（ 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）	
		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		
ふりがな 被接種者氏名		被接種者 生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住 所 （申請者と異なる場合）			
ふりがな 保護者氏名			
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）	
		その他（ ）	

