

気仙沼市長 宛

申請者

住 所

氏 名

（接種を受ける人との続柄）

電 話

予防接種実施依頼書交付申請書

気仙沼市が実施する予防接種を委託した医療機関以外の医療機関で受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を受けたく、気仙沼市予防接種費用の償還払要綱第4条第1項の規定により申請します。

記

接種を受ける 予防接種の種類	1 ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ（四種混合） 第1期初回（1回目 2回目 3回目）、第1期追加 2 ジフテリア・百日せき・破傷風（三種混合） 第1期初回（1回目 2回目 3回目）、第1期追加 3 ジフテリア・破傷風（二種混合） 4 不活化ポリオ 5 麻しん風しん混合 第1期・第2期 6 日本脳炎 第1期初回（1回目 2回目）、第1期追加、第2期 7 BCG 8 ヒブ（H i b感染症） 初回（1回目 2回目 3回目）、追加1回 9 小児用肺炎球菌 初回（1回目 2回目 3回目）、追加1回 10 子宮頸がん（ヒトパピローマウイルス感染症） 1回目 2回目 3回目 11 水痘 12 B型肝炎 初回（1回目 2回目）、追加1回 13 ロタウイルス感染症（経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン） 1回目 2回目 14 ロタウイルス感染症（五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン） 1回目 2回目 3回目 15 高齢者インフルエンザ 16 高齢者肺炎球菌
接種を受ける人の 氏 名	
接種を受ける人の 生 年 月 日	
接種を受ける人の 保 護 者 等 氏 名	
接種を受ける人の 現 住 所	
接種を受ける人の 滞 在 先 住 所	
委託医療機関で接 種ができない理由	
依 頼 書 発 行 先	1 市区町村長宛（ _____ 市区町村） 2 実施医療機関長宛
接種を受ける 医 療 機 関	所在地
	医療機関名
	電話番号