

佐賀市長 様

申請者 住 所

氏 名

電 話

接種希望者との続柄 ()

予防接種実施依頼書発行申請書

このことについて、下記のとおり佐賀県外等での接種を希望しますので、依頼書の発行を申請します。接種費用が必要な場合には、自己負担します。

記

1	接種希望者	住 所	□申請者と同じ			
		(ふりがな)				
		氏 名				
		生年月日	年 月 日			
2	申 請 理 由					
3	希望する予防接種 (希望するものに○をつけてください。)	ロタウイルス	(1価・5価*) 1回目・2回目・3回目*			
		B型肝炎	1回目・2回目・3回目			
		小児の肺炎球菌感染症	I期初回(1回目・2回目・3回目)・I期追加			
		Hib(ヒブ)感染症	I期初回(1回目・2回目・3回目)・I期追加			
		五種混合	I期初回(1回目・2回目・3回目)・I期追加			
		BCG				
		麻しん風しん混合	I期・II期			
		水痘	1回目・2回目			
		日本脳炎	I期初回(1回目・2回目・追加)・II期			
		二種混合	II期			
		ヒトパピローマウイルス感染症 (子宮頸がん予防)	1回目・2回目・3回目			
		RSウイルス				
		高齢者の定期接種	肺炎球菌	インフルエンザ	新型コロナ	带状疱疹
4	接 種 予 定 日 (複数の場合は開始予定日)		年 月 日			
5	接種予定医療機関 (集団接種の場合は実施場所)	医療機関名				
		所在地				
		医師名	(※集団接種の場合不要)			
6	依頼書の送付先 (滞 在 先)	依頼書は滞在先へ送付しますので、接種の際に医療機関へ提出してください。集団接種の場合には、滞在先の市町村へこちらから直接送付します。				
		〒				
		住 所				
		世帯主名				
		電 話 (日中連絡のつく番号)				