

日出町定期予防接種実施依頼申請書

被接種者	住 所	大分県速見郡日出町		
	氏 名		生年月日	年 月 日生
	保護者氏名		電話番号	
	滞在先住所	〒	滞在先世帯主	
			滞在先電話番号	

希望する
予防接種

※ 該当する定期予防接種(期、回数がある場合はその箇所にも)○をしてください。

・ ヒブ 【1回目 2回目 3回目 追加】
・ B型肝炎 【1回目 2回目 3回目】
・ BCG
・ 麻しん・風しん 【1期 2期】
・ 風しん 【1期 2期】
・ 子宮頸がん 【1回目 2回目 3回目】
・ 二種混合 【1回目 2回目 追加 2期】
・ ポリオ 【1回目 2回目 3回目 追加】

・ 小児用肺炎球菌 【1回目 2回目 3回目 追加】
・ ロタウイルス感染症 【1回目 2回目 3回目】
・ 四種混合 【1回目 2回目 3回目 追加】
・ 五種混合 【1回目 2回目 3回目 追加】
・ 水痘 【1回目 2回目】
・ 麻しん 【1期 2期】
・ 日本脳炎 【1回目 2回目 追加 2期】

予防接種を受ける市町村 及び 医療機関名	(都 道 府 県)	(市 区 町 村)
	(病院 医院 診療所 施設)	

接種予定日

年 月 日から

* 県内で予防接種を受けられない理由:

上記により、予防接種を受けたいので、接種依頼状の発行を申請します。

年 月 日

申請者氏名

被接種者との続柄()

連 絡 先(電話番号:)

日出町長 様