

(宛先) 三条市教育委員会

申請者 (保護者)
 住 所 三条市
 氏 名
 電話番号

予防接種実施依頼申請書

次のとおり新潟県外で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼申請書の交付を申請します。

被 接 種 者	氏 名	フリガナ
	生年月日	年 月 日
	住 所	〒 ー 三条市
	保護者氏名	
滞 在 先	滞在先住所	〒 ー (様方)
	連絡先電話番号	
	滞在の理由	
	滞在期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日頃まで
※希望するものに☑し、接種回数に○をつけてください。 希望する予防接種の種類	<input type="checkbox"/> ヒブ	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	<input type="checkbox"/> 五種混合	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	<input type="checkbox"/> BCG	
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス 感染症	1価 (ロタリックス) 1回目 ・ 2回目 5価 (ロタテック) 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	<input type="checkbox"/> 麻しん風疹	1期 ・ 2期
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目 ・ 2回目
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期
<input type="checkbox"/> 二種混合	2期	
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
接 種 医 療 機 関	医療機関名	
	住 所	〒
	電話番号	

(宛先) 三条市教育委員会

記入例

年 月 日

申請者 (保護者)
 住 所 三条市〇〇〇
 氏 名 〇〇 〇〇
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

太枠の中を記入してください

太枠の中を記入してください

予防接種実施依頼申請書

次のとおり新潟県外で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼申請書の交付を申請します。

被 接 種 者	氏 名	フリガナ 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇
	生年月日	〇 年 〇 月 〇 日
	住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇 三条市 〇〇〇〇〇
	保護者氏名	〇〇 〇〇
滞 在 先	滞在先住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇番地 (様方)
	連絡先電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 里帰り出産、進学の為など
	滞在の理由	
	滞在期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日頃まで
※希望するものに☑し、接種回数に○をつけてください。 希望する予防接種の種類	<input checked="" type="checkbox"/> ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目 ・ <input type="checkbox"/> 3回目 ・ <input type="checkbox"/> 追加
	<input checked="" type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目 ・ <input type="checkbox"/> 3回目 ・ <input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目 ・ <input type="checkbox"/> 3回目
	<input type="checkbox"/> 四種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目 ・ <input type="checkbox"/> 3回目 ・ <input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> 五種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目 ・ <input type="checkbox"/> 3回目 ・ <input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> BCG	
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症	10価(ロタテック) 1回目 ・ 2回目 5価(ロタテック) 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	<input type="checkbox"/> 麻しん風疹	1期 ・ 2期
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目 ・ 2回目
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期
	<input type="checkbox"/> 二種混合	2期
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
接 種 医 療 機 関	医療機関名	〇〇病院
	住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

希望する回数を確認して○をつける。

希望する予防接種に☑をする。

接種する前に、医療機関へ希望する予防接種が可能か確認をしてから記入をする。