

## 第1号様式

## 西郷村予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

西郷村長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |    |  |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|--|
| 被接種者                       | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       | 続柄 |  |
|                            | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 年 月 日 |    |  |
|                            | 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |    |  |
| 滞在先住所                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |    |  |
| 連絡先                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |    |  |
| 予防接種の種類<br>該当するものに○を<br>記入 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・妊婦 RS ウイルスワクチン</li> <li>・ヒブ（初回1回目・2回目・3回目・追加）</li> <li>・小児用肺炎球菌（初回1回目・2回目・3回目・追加）</li> <li>・BCG</li> <li>・不活化ポリオ（1回目・2回目・3回目・4回目）</li> <li>・五種混合（第1期初回1回目・2回目・3回目・追加）</li> <li>・二種混合（第2期）</li> <li>・麻しん風しん混合（第1期・第2期）</li> <li>・日本脳炎（第1期初回1回目・2回目・追加・第2期）</li> <li>・子宮頸がん予防（1回目・2回目・3回目）</li> <li>・水痘ワクチン（1回目・2回目）</li> <li>・B型肝炎ワクチン（1回目・2回目・3回目）</li> <li>・ロタウイルスワクチン</li> <li>・おたふくかぜワクチン</li> <li>・高齢者肺炎球菌ワクチン</li> <li>・帯状疱疹ワクチン</li> <li>・成人風しん・成人麻しん風しん混合・成人風しん抗体検査</li> <li>・高齢者インフルエンザ</li> <li>・小児・妊婦インフルエンザ</li> <li>・高齢者新型コロナウイルスワクチン</li> </ul> |       |    |  |
| 理 由                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |    |  |
| 接種医療機関名                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |    |  |
| 医療機関の所在地                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |    |  |