様式第１号（第３条関係）

年　　月　　日

予防接種実施依頼書発行申請書

日田市長　様

住所
保護者氏名
被接種者との関係
電話番号

次のとおり予防接種を受けたいので予防接種実施依頼書の発行を申請します。

被接種者	ふりがな 氏　名	
	生年月日	年　　月　　日
滞在先住所等		〒　　－ 電話
実施医療機関名及び所在地		
申請理由		
滞在期間（予定）		年　　月　　日から　　年　　月　　日まで
接種予定日		年　　月　　日
予防接種の種類		五種混合　１期初回（１回目、２回目、３回目）、１期追加 三種混合　１期初回（１回目、２回目、３回目）、１期追加 不活化ポリオ　１期初回（１回目、２回目、３回目）、１期追加 二種混合　２期 麻しん風しん混合　１期、２期 麻しん　１期、２期 風しん　１期、２期 ＢＣＧ 日本脳炎　１期初回（１回目、２回目）、１期追加、２期 ヒブ　初回（１回目、２回目、３回目）、追加 小児用肺炎球菌　初回（１回目、２回目、３回目）、追加 子宮頸がん予防　１回目、２回目、３回目 水痘　１回目、２回目 Ｂ型肝炎　１回目、２回目、３回目 ロタウイルス感染症　１回目、２回目、３回目 RS ウイルス感染症