

年 月 日

東松島市長 様

定期予防接種実施依頼申請書
申請者

住 所	東松島市
氏 名	
被接種者との続柄（	）
電話番号	

このことについて次の理由により、東松島市が実施する予防接種法に基づく予防接種を
市・区・町・村で受けますので、依頼書を交付していただきますよう申請します。

被 接 種 者	住 所	東松島市		
	ふりがな		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日生（ 歳 か月）		
保護者氏名		続柄（ ）	電話番号	
予防接種の種類 （希望するものに ○印をつけてくだ さい） ※ 3 か月以内に接 種予定のものにつ いてのみ申請して ください。		五種混合（DPT－IPV－Hib） 1 期初回：1 回／2 回／3 回／追加		
		四種混合（DPT－IPV） 1 期初回：1 回／2 回／3 回／追加		
		三種混合（DPT） 1 期初回：1 回／2 回／3 回／追加		
		二種混合（DT）		
		麻しん風しん（MR）：1 期／2 期		
		麻しん：1 期／2 期		
		風しん：1 期／2 期		
		日本脳炎 1 期初回：1 回／2 回／追加／2 期		
		急性灰白髄炎（ポリオ） 初回：1 回／2 回／3 回／追加		
		Hib 感染症 初回：1 回／2 回／3 回／追加		
		肺炎球菌（小児） 初回：1 回／2 回／3 回／追加		
		ヒトパピローマウイルス感染症：1 回目／2 回目／3 回目		
		結核		
		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				
他の市区町村で接 種する理由		☐ 低出生体重児及び慢性疾患等を有し、主治医のもとでの予防接種が指示さ れているため		
		☐ 他の市区町村の医療機関等に長期入院（所）しているため		
		☐ 里帰り分娩等で長期間他の市区町村に滞在しているため		
		☐ その他（ ）		
滞 在 先	住 所			
	氏 名	様方	電話番号	