

荒川区長 殿

申請者氏名 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

予防接種依頼書交付申請書

荒川区が実施する定期予防接種について、下記のとおり予防接種依頼書の交付を申請します。

被接種者	住所	〒 荒川区 丁目 番 号				
	フリガナ		生年月日	年 月 日		
氏名						
保護者	住所	〒 荒川区 丁目 番 号				
	フリガナ		続柄			
氏名						
予防接種の種類	ヒブワクチン	初回1	初回2	初回3	追加	
	小児用肺炎球菌	初回1	初回2	初回3	追加	
	四種混合 DPT-IPV	初回1	初回2	初回3	追加	
	不活化ポリオ	初回1	初回2	初回3	追加	
	B型肝炎	1回目	2回目	3回目		
	ロタウイルス	1回目	2回目	3回目		
	BCG					
	※ <sub>1</sub> 該当するものに○	麻しん風しん MR	I 期	II 期		
		水痘	1回目	2回目		
		日本脳炎	I 期初回1	I 期初回2	I 期追加	II 期
		二種混合 DT				
		HPVワクチン	1回目	2回目	3回目	
荒川区の接種予診票	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ※お手元に予診票がある場合は不要にチェックしてください。					
東京23区内の協力医療機関で受けられない理由	<input type="checkbox"/> 里帰りのため <input type="checkbox"/> 長期入院・長期療養のため <input type="checkbox"/> 主治医の監督が必要なため ※該当するものをチェック <input type="checkbox"/> その他( )					
依頼書送付先(滞在先)	住所	〒				
	電話	TEL ( )				
	宛名	※荒川太郎 方 荒川花子 などフルネームで				
滞在予定期間	年 月 日から 年 月 日まで					
※ <sub>1</sub> 接種予定医療機関	名称					
	所在地電話	TEL ( )				

※<sub>1</sub> この申請書に基づき、荒川区は、※<sub>2</sub>にあてた接種依頼書を発行します。