

年 月 日

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 ー 号			
	フリガナ		男・女	生年 月日	年 月 日
氏名	フリガナ			続柄	
	氏名				
保護者	住所	〒 丁目 番 ー 号			
	フリガナ			続柄	
氏名	フリガナ			続柄	
	氏名				
予防接種の種類 ※ ₁ 該当するものに○	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				
	麻疹風しん 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				
子宮頸がんワクチン	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				
※ ₂ 接種予定医療機関	名称				
	所在地 電話	TEL ()			

※₁ ロタウイルスは、令和2年8月1日以降に出生した者を対象として、令和2年10月1日から定期接種となりました。

※₂ この申請書に基づき、荒川区は、※₂にあてた接種依頼書を発行します。