

下記必要事項を記載し、FAXまたは郵送にてお送りください。
【FAX】 03-5803-1294
【郵送】 〒112-8555 文京区春日1-16-21 文京区予防対策課 予防接種担当 宛て

予防接種実施依頼書交付申請書

文京区保健衛生部予防対策課 宛て

下記のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

申請日		年 月 日							
被接種者 (子ども)	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	年 月 日			性別	男 女			
接種を希望する予防接種名 ※○印をつけてください。	予防接種名		回答欄	予防接種名		回答欄	予防接種名		回答欄
	ロタウイルス	1回目		四種混合 (DPT-IPV)	1期初回1回目		MR (麻しん・風しん)	1期	
		2回目			1期初回2回目			2期	
		3回目			1期初回3回目		麻しん	1期	
	B型肝炎				1期追加			2期	
	ヒブ	1回目		三種混合 (DPT)	1期初回1回目		風しん	1期	
		2回目			1期初回2回目			2期	
		3回目			1期初回3回目		水痘	1回目	
	追加		1期追加		2回目				
	小児用肺炎球菌	1回目		不活化ポリオ	初回1回目		日本脳炎	1期初回1回目	
		2回目			初回2回目			1期初回2回目	
		3回目			初回3回目			1期追加	
		追加			追加			2期	
	BCG			DT	1期初回1回目		ヒトパピローマウイルス感染症 (HPVワクチン) ※女子のみ	1回目	
					1期初回2回目			2回目	
			1期追加		3回目				
			2期						
接種予定医療機関名									
接種予定医療機関住所		都道府県			市町村				
接種予定日		年 月 日 予定			または 未定				
理由		1、文京区外の保護者実家に滞在のため 2、上記以外（例：保護者の長期出張先で接種のため） 2の場合（							
文京区の住所 (住民票に記載している住所)		文京区							
保護者氏名					続柄				
日中連絡のとれる電話番号									
滞在先住所		〒 都道府県			市町村				
		(マンション名等)			様方				
※被接種者と苗字が異なる場合ご記入ください。									

【区処理欄】	
接種先自治体費用負担	助成あり 助成なし
送付先	現住所 滞在先 接種先自治体 その他（ ）
接種先自治体連絡先	