

坂井市予防接種実施依頼書発行申請書

申請日： 年 月 日

坂井市長 様

住 所 坂井市

申請者氏名

接種者との関係 ()

電話番号 (日中連絡のとれる番号) :

下記の理由により予防接種依頼書の発行を申請します。(当てはまる理由に○をつけて下さい。)

1 母親が里帰り出産

2 その他 ()

太枠内を記入してください。

接種を受ける 人の氏名	(フリガナ)				
	生年月日	年	月	日 (歳 カ月)	
住所	坂井市				
滞在先住所	世帯主名 ()				
予防接種の種類 ※今回申請するものに ○をつけてください。	ヒブ	1回目	2回目	3回目	追加
	小児用肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加
	4種混合	1回目	2回目	3回目	追加
	3種混合	1回目	2回目	3回目	追加
	不活化ポリオ	1回目	2回目	3回目	追加
	BCG				
	麻しん風しん混合	1期	2期		
	日本脳炎	1回目	2回目	1期追加	2期
	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	1回目	2回目	3回目	
	子宮頸がん	1回目	2回目	3回目	
接種を受ける 医療機関	医療機関名				
	住 所				
	電話番号				

※記入後、坂井市健康増進課へ郵送またはご持参ください。

※接種時点で、坂井市に住所がない場合は公費対象にはなりません。

※接種開始時期や接種間隔が満たない場合は定期予防接種ではなく、任意予防接種となります。

送付先：〒919-0592 福井県坂井市坂井町下新庄1-1
 坂井市役所健康増進課 予防接種係
 電話番号：0776-50-3067