

予防接種実施依頼書発行申込書

受付番号	
------	--

①被接種者氏名	フリガナ	
	氏名	
②生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
③保護者氏名 <small>高齢者インフルエンザの場合、記入不要</small>		続柄 ()
④申込者氏名 <small>保護者以外が申込の場合、記入してください</small>		被接種者との関係 ()
⑤予防接種種類 <small>発行を希望するものに○を付けてください</small>	ポリオ (1回目・2回目) BCG 三種混合 I期初回 (1回目・2回目・3回目) ・ I期追加 二種混合 II期 日本脳炎 I期初回 (1回目・2回目) ・ I期追加 ・ II期 麻しん風しん混合 I期 ・ II期 麻しん I期 ・ II期 風しん I期 ・ II期 インフルエンザ(高齢者のみ)	
⑥接種予定日	年 月 日	
⑦発行の理由 <small>当てはまるものに○を付け、その理由を記入してください</small>	1 横浜市以外の市区町村での接種 2 横浜市の指定する協力医療機関以外の市内医療機関での接種 <上記接種の理由>	
⑧現住所 <small>住民票所在地を記入してください</small>	〒 [][][][] - [][][][][]	
	横浜市	区
<input type="checkbox"/> 連絡先	電話番号	()
⑨滞在先住所	〒 [][][][] - [][][][][]	
	市	
<input type="checkbox"/> 連絡先	世帯主名	
	電話番号	()
⑩接種予定医療機関 又は保健所名	医療機関(保健所)名	
	医療機関(保健所)住所	
	医師名(集団接種の場合は不要)	
⑪依頼書送付先 <small>希望するものに○を付けてください</small>	1 現住所 2 滞在先 宛名: 3 滞在先行政機関 所在地: 部署名: 4 その他 住 所: 宛 名:	
⑫備考		
センター記入欄	受付者	
	受付方法	受付日
	電話・来庁・FAX	