

柏市定期予防接種依頼書交付申請書（A類）

柏市長 あて

〒277-0004

申請者が保護者以外の場合、保護者の委任状が必要となります

申請者

住所 千葉県柏市柏下65-1

氏名 柏太郎

接種を受ける人との続柄 父

電話番号 04-7167-1256

次のとおり、千葉県外で定期

※日中に連絡のつく番号を記入してください

接種を受ける人	住所	柏市 柏下65-1	
	ふりがな	かしわ じろう	
	氏名	柏 次郎	
	生年月日	西暦 2022年 4月 2日	
予防接種の種類 (希望のものに○)	・ロタウイルス	1回目	・ 2回目 ・ 3回目
	・ヒブ	初回 (1)	・ 2 ・ 3) 回目 ・ 追加免疫
	・小児用肺炎球菌	初回 (1)	・ 2 ・ 3) 回目 ・ 追加免疫
	・B型肝炎	1回目	・ 2回目 ・ 3回目
	・五種混合	1期初回 (1 ・ 2 ・ 3)	回目 ・ 1期追加
	・四種混合	1期初回 (1 ・ 2 ・ 3)	回目 ・ 1期追加
	・不活化ポリオ	1期初回 (1 ・ 2 ・ 3)	回目 ・ 1期追加
	・子宮頸がん	1回目	・ 2回目 ・ 3回目
	・風しんの第5期		
申請理由	① 長期にわたる里帰りのため ② 長期にわたり入院中のため ③ 重篤な病気のため通院中の医療機関で予防接種を希望するため ④ その他 () のため		
保護者氏名	申請者と異なる場合に記載 連絡先 ()		
滞在先住所	〒000-0000 000県000市000		(依頼書送付先)
	(〇〇 様方)		申請者住所 滞在先
依頼先 (電話番号)	0000クリニック Or (〇〇-0000-0000) 〇〇市長		

依頼書の有効期間は交付日から 6か月 です。
 期間内に接種するものを申請してください。
 6か月以降に接種予定のものは再申請が必要です。

「医療機関あて」か「市区町村長あて」かを滞在先の市区町村予防接種担当（窓口）に確認のうえ、ご記入ください

市処理欄