

柏市定期予防接種依頼書交付申請書（A類）

柏市長 あて

〒

申請者 住所
 氏名
 接種を受ける人との続柄
 電話番号

次のとおり、千葉県外で定期予防接種を受けたいので、接種依頼書の交付を申請します。

接種を受ける人	住所	柏市
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	西暦 年 月 日
予防接種の種類 (希望のものに○)	<ul style="list-style-type: none"> ・RSウイルス感染症 ・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 ・不活化ポリオ 1期初回（1・2・3）回目 ・ 1期追加 ・BCG ・麻しん風しん混合 1期 ・ 2期 ・水痘 1回目 ・ 2回目 ・日本脳炎 1期初回（1・2）回目 ・ 1期追加 ・ 2期 ・二種混合 ・HPV 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	〒	（依頼書送付先）
	（ 様方）	申請者住所・滞在先
依頼先 (電話番号)	（ ）	

市処理欄