

水巻町 予防接種依頼書発行申請書

年 月 日

水巻町長様

予防接種事業委託契約を締結していない医療機関で定期予防接種を接種するにあたり、依頼書発行を申請します。

申請者	氏名	続柄 ()	
	住所		
	電話番号	()	-
予防接種を受ける人	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	生年月日	年	月 日生
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 水巻町	
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
接種希望種別	乳幼児等	インフルエンザ菌 b 型 (Hib)	<input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目 <input type="checkbox"/> 追加
		小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目 <input type="checkbox"/> 追加
		B 型肝炎	<input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目
		ロタウイルス	ロタリックス (1 価) <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 ロタテック (5 価) <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目
		4 種混合 (ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ)	第 1 期初回 <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目 第 1 期 <input type="checkbox"/> 追加
		5 種混合 (ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ・Hib)	第 1 期初回 <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目 第 1 期 <input type="checkbox"/> 追加
		BCG	<input type="checkbox"/> 1 回目
		MR (麻しん・風しん)	<input type="checkbox"/> 第 1 期 <input type="checkbox"/> 第 2 期
		水痘	<input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目
		日本脳炎	第 1 期初回 <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 第 1 期 <input type="checkbox"/> 追加 第 2 期 <input type="checkbox"/> 1 回目
		2 種混合 (ジフテリア・破傷風)	<input type="checkbox"/> 第 2 期

(裏面あり)

接種希望種別	乳幼児等	ヒトパピローマウイルス (HPV)	サーバリックス (2 価) <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目 ガーダシル (4 価) <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目 シルガード (9 価) <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目
	高齢者	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	
		<input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナ	
		<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 ※過去に1度でも同ワクチンを接種している場合は対象外。	
		<input type="checkbox"/> 高齢者帯状疱疹	生ワクチン <input type="checkbox"/> 1 回目 組み換えワクチン <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目
接種を希望する医療機関	〒 _____ 住所 : _____ 医療機関名 : _____		
依頼理由	<input type="checkbox"/> 里帰り先の医療機関で接種を希望するため <input type="checkbox"/> 入所中の施設で接種を希望するため <input type="checkbox"/> その他 (_____)		

【問い合わせ (申請書送付先)】

〒807-0025

福岡県遠賀郡水巻町頃末南 3-11-1

水巻町 健康課 (いきいきほーる)

TEL 093-202-3212