

県内他市町での予防接種申請書

REQUEST FOR VACCINATION IN ANOTHER MUNICIPALITY WITHIN SHIZUOKA

磐田市長 様

For Iwata City Mayor

Who will vaccinate	住 所 Address	Iwata-shi	電 話 Phone	
	フリガナ		生年月日 Birth date	year month day 年 月 日
	氏 名 Name of child		性 別 Gender	男 ・ 女 M F
保護者 Householder			続柄 Relationship	

上記の者は、「定期予防接種の市町間相互乗入れ業務委託契約」に基づき、以下のように予防接種を申請します。

The person above, request for the vaccination below according to the 「Covenant agreement term as the vaccine schedule」.

磐田市で予防接種できない理由<該当するものに> Circulate the number of the reason, why will not vaccinate in Iwata City.

1 帰省しているため - Is in parents home temporarily.

2 かかりつけ医で受けたいため - Wants vaccinate in the Clinic that is used to.

3 その他 - Other reasons. ()

今年度中に、接種を希望する予防接種に○をお願いします。Circulate the vaccine will take within this Fiscal Year.

ヒブ Hib	初回1回	初回2回	初回3回	追加	B型肝炎 Hepatitis B	1回目	2回目	追加	
小児用肺炎球菌 Pneumococcal for child	初回1回	初回2回	初回3回	追加	水 痘 Varicella	1回目	2回目		
四種混合 Quadruple (DPT+Polio) 五種混合 combination 5in1 (DPT-IPV-Hib)	初回1回	初回2回	初回3回	追加	M R Measles and Rubella	1期	2期		
三種混合 Triple (DPT)	初回1回	初回2回	初回3回	追加	日本脳炎 Japanese Encephalitis	初回1回	初回2回	追加	2期
不活化ポリオ Polio Inactivated	初回1回	初回2回	初回3回	追加	二種混合 Diphtheria and Tetanus	2期			
BCG	乳児期				子宮頸がん Cervical cancer	1回目	2回目	3回目	※女子のみ
ロタ Rotavirus	1回目	2回目	3回目		※ロタリックス（1価）は2回接種、ロタテック（5価）は3回接種				

接種を希望する医療機関 Fill in about the Medical institution where is going to vaccinate.

所在地-Address

医療機関名-Name of Clinic

電話番号-Phone

year month day
年 月 日

保護者でない方が申請の場合は下記へご記入ください。

Fill in below when the applicant is not Father or Mother.

住所-Address

フリガナ

氏名-Name

- ☐ 依頼書2部
- ☐ 請求書
- ☐ 医療機関宛文書
- ☐ 保護者宛文書
- 来庁者確認
- ☐ 母子健康手帳
- ☐ その他()

受付