

県内他市町での予防接種申請書

PEDIDO PARA VACINAÇÃO EM OUTRO MUNICÍPIO DENTRO DE SHIZUOKA

磐田市長 様
Para o Prefeito de Iwata

Quem irá vacinar	住 所 Endereço	Iwata-shi	電 話 Telefone	
	フリガナ		生年月日 Nascimento	ano 年 mês 月 dia 日
	氏 名 Nome da criança		性 別 Sexo	男 女 M F
保護者 Responsável da família			続柄 Parentesco	

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。
A pessoa acima, solicita o pedido de vacinação abaixo de acordo com o 「Termo de convênio conforme o calendário de vacina」.

磐田市で予防接種できない理由<該当するものに> Circular o número do motivo que não vacinará no Município de Iwata.

1 帰省しているため - Está na casa dos Pais temporariamente.

2 かかりつけ医で受けたいため - Quer vacinar na Clínica que está acostumado(a).

3 その他 - Outros motivos. ()

今年度中に、接種を希望する予防接種に○をお願いします。Circular a vacina que tomará dentro desse Ano Fiscal.

ヒブ Hib	初回1回	初回2回	初回3回	追加	B型肝炎 Hepatite B	1回目	2回目	追加	
小児用肺炎球菌 Pneumocócica Infantil	初回1回	初回2回	初回3回	追加	水痘 Catapora (Varicela)	1回目	2回目		
四種混合 Quadrúpula (DPT+Polio) 五種混合 combinada 5 em 1 (DPT-IPV-Hib)	初回1回	初回2回	初回3回	追加	M R Sarampo e Rubéola	1期	2期		
三種混合 Tríplice (DPT)	初回1回	初回2回	初回3回	追加	日本脳炎 Encefalite Japonesa	初回1回	初回2回	追加	2期
不活化ポリオ Polio Inativada	初回1回	初回2回	初回3回	追加	二種混合 Difteria e Tétano	2期			
BCG	乳児期				子宮頸がん Câncer de colo de útero	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 Preencher sobre a Instituição médica onde irá vacinar.

所在地-Endereço
医療機関名-Nome da Clínica
電話番号-Telefone

ano 年 mês 月 dia 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。
Preencher abaixo quando o(a) solicitante não for Pai ou Mãe.

住所-Endereço
フリガナ
氏名-Nome

☐ 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