

# 公的(定期)予防接種実施依頼書交付申請書

(申請先) 茨木市長

茨木市以外の市区町村で公的(定期)予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。

なお、申請要件の確認のため、私及び予防接種を受ける者の住民基本台帳を市長が閲覧することに同意します。

申請日		令和 年 月 日			
申請者	保護者名			電話番号 - -	
	(代理人の場合) 氏名	続柄		電話番号 - -	
接種を受ける人	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	平成 年 月 日 ( 歳 か月) 令和	
	住所	茨木市			
予防接種の種類	依頼書が必要な予防接種の種類及び接種予定月をご記入ください。				
	<input type="checkbox"/> ロタ 1回目	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> ポリオ 初回1回目	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> ロタ 2回目	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> ポリオ 初回2回目	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> ロタ 3回目 ※ロタテックのみ	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> ポリオ 初回3回目	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> Hib 初回1回目	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> ポリオ 追加	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> Hib 初回2回目	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> BCG	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> Hib 初回3回目	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR) 第1期	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> Hib 追加	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR) 第2期	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 初回1回目	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> 水痘 1回目	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 初回2回目	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> 水痘 2回目	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 初回3回目	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期初回1回目	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 追加	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期初回2回目	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 1回目	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期追加	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 2回目	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 第2期	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 3回目	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> 2種混合(DTキソイド) 第2期	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 4種混合 第1期初回1回目	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV) 1回目	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 4種混合 第1期初回2回目	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV) 2回目	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 4種混合 第1期初回3回目	(令和 年 月)	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV) 3回目	(令和 年 月)	
	<input type="checkbox"/> 4種混合 第1期追加	(令和 年 月)			
※接種予定月が半年以上先である場合の依頼書の交付については、お断りすることがあります。					
接種地 (市区町村)	都 道 市 区 府 県 町 村				
依頼書のあて先	1 市区町村長あて 2 医療機関あて(医療機関名: )				
申請理由	1 主治医での接種を希望 2 帰省等による一時不在(出産等) 3 その他( )				

※ 注意事項 接種される市区町村により、茨木市の予診票が使えない場合や事前手続きが必要な場合がありますので、必ず接種を希望される市区町村の予防接種担当部署にご確認の上、接種してください。

また、接種は有料となる場合があります。

(職員記入欄)

依頼書番号 ( )

課長	副理事	グループ長	受付