様式第２号（第４条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

年　　月　　日

（自治体及び医療機関）　様

出雲市長　　　　　　　　印

定期予防接種実施依頼書

本市に住民登録がある者が、貴市区町村において定期予防接種を受けることを希望していますので当該予防接種の実施を依頼します。

なお、当該予防接種により健康被害が生じた場合の救済措置については、予防接種法第１５条第１項の規定に基づき、本市が対応します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏　 　 名 | （フリガナ） | | |
| 生 年 月 日 | 年　　　月　　　日生　　（　　　歳　　　月） | | |
| 住　　　所 |  | | |
| （未成年の場合）  保 護 者 氏 名 | （続柄　　　） | 電話番号 |  |
| 滞　在　先 | 〒 | | |
| 予防接種の種類 | | □ロタウイルス（１回目・２回目・３回目） | | |
| □Ｂ型肝炎（１回目・２回目・３回目） | | |
| □小児肺炎球菌 　初回（１回目・２回目・３回目）・追加 | | |
| □五種混合　 １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 | | |
| □BCG | | |
| □水痘（１回目・２回目） | | |
| □麻しん風しん混合（ＭＲ）又は麻しん・風しん（第　　　期） | | |
| □日本脳炎　１期初回（１回目・２回目）・１期追加　　２期 | | |
| □ＨＰＶ（１回目・２回目・３回目） | | |
| □高齢者インフルエンザ | | |
| □高齢者肺炎球菌 | | |
| □高齢者新型コロナウイルス感染症 | | |
| □高齢者帯状疱疹 | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 申請理由 | |  | | |
| 接種希望  医療機関 | | 所 在 地  医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL | | |

* 予防接種実施後は、予診票の写しを送付していただきますようお願いします。