

北区定期予防接種実施依頼書交付申請書

東京都北区長 殿

申請者

住所 北区

氏名

対象者との関係

電話番号

下記のとおり、定期予防接種実施依頼書の交付を申請いたします。

①被接種者	氏名	氏名カナ
	生年月日	年 月 日
②保護者氏名		
③住 所	(北区の住所)	
④滞在先の住所	〒	都道府県 市区町村 番地 様方
⑤滞在期間	年 月 日 まで	
⑥申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り又は病気療養により特別区の区域外に滞在し、被接種者が契約医療機関で予防接種を受けることが困難なため <input type="checkbox"/> 被接種者が病気療養により、契約医療機関以外で長期入院しているため <input type="checkbox"/> その他()	
⑦依頼書宛先	1. 滞在先市町村長宛 2. 医療機関・施設長宛 医療機関・施設名: 所在地:	
⑧予防接種の種類 ※	5種混合 初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加 小児用肺炎球菌 初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加 B型肝炎 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ロタウイルス 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 BCG 水痘 1回目 ・ 2回目 MR 第1期 ・ 第2期 日本脳炎 第1期(1回目 ・ 2回目 ・ 追加) ・ 第2期 その他 ()	
⑨依頼書送付先	1. 北区住所 2. 滞在先住所 3. 滞在先自治体 ※滞在先自治体へ北区から直接送付してよいか確認してください。 担当部署名 所在地 〒 -	

※⑧予防接種の種類に項目の記載のない定期予防接種の実施依頼をする場合には、その他に対象となる予防接種名と接種回数を記載すること。