

(あて先) 名古屋市保健所長

申請者住所
 申請者氏名
 (被接種者との続柄)
 申請者電話番号

予防接種実施依頼書発行申請書

このことについて、下記のとおり名古屋市で予防接種を受けることができませんので、
 予防接種実施依頼書を発行してください。

記

被接種者 (予防接種を受ける人)	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所				
	希望する 予防接種 (○で囲む)	ロタウイルス (ロタリックス) (1回目 ・ 2回目)			
		ロタウイルス (ロタテック) (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)			
		BCG ・ B型肝炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)			
		小児肺炎球菌 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加接種)			
		五種混合 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加接種)			
		MR1期 ・ MR2期 ・ 水痘 (1回目 ・ 2回目) ・ DT			
		日本脳炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 追加接種 ・ 2期)			
		子宮頸がん (シルガード9 ・ ガーダシル ・ サーバリックス) (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)			
		ヒブ (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加接種)			
		四種混合 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加接種)			
三種混合 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加接種)					
不活化ポリオ (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加接種)					
滞在地					
滞在予定期間	※接種日時時点で名古屋市に住民登録がない場合、この制度は利用できません。				
接種希望医療機関	都道 市区 府県 町村 (所在地)				
依頼書発行理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産による長期滞在 <input type="checkbox"/> DVにより本市で接種ができない <input type="checkbox"/> 施設に長期入所している <input type="checkbox"/> その他 ()				

※ 予防接種後に接種費用の費用助成が受けられます。詳しくは、保健センター又は予防接種相談窓口 (972-3969) までお問い合わせください。