

(宛先) 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	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ			
希望する 予防接種 滞在予定期間中 かつ、 1年以内に 接種を希望する 予防接種に <input checked="" type="checkbox"/> をいれる	ロタウイルス どちらか1種類選択	ロタリックス ロタテック	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目		
	B型肝炎		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目		
	小児肺炎球菌		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種		
	五種混合		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種		
	BCG		<input type="checkbox"/> BCG		
	麻しん・風しん(MR)		<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期		
	水痘		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目		
	日本脳炎		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加接種 <input type="checkbox"/> 2期		
	二種混合(DT)		<input type="checkbox"/> DT		
	子宮頸がん いずれか1種類選択	サーバリックス		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	
		ガーダシル		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	
		シルガード9		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	
	ヒブ		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種		
	四種混合		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種		
	三種混合		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種		
不活化ポリオ		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種			
滞在地	(様方)				
滞在 予定期間	年 月 日から 年 月 日まで ※接種日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	<input type="checkbox"/> 所在地の指定医療機関であると確認済(確認後 <input checked="" type="checkbox"/>) (所在地) 都道 市区 府県 町村				
依頼書 発行理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> DV避難 <input type="checkbox"/> 施設入所 <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、予防接種相談窓口
 (052-972-3969) までお問い合わせください。