様式第1号（第5条関係）

塩竈市予防接種実施依頼書

年　　月　　日

申込者

住所

氏名　　（続柄：　　）

電話

予防接種法に基づき、塩竈市が実施する予防接種を都合により受けることができないため、委託外医療機関での接種を希望します。

被接種者	フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日生 （　歳　ヶ月）
	氏名				
	住所	塩竈市			
保護者名			続柄（　　）		
滞在先住所	〒　　－ （　　様方） 電話（日中連絡がとれる番号）：　　－　　－				
滞在期間	□予定あり（　　年　月　日～　　年　月　日） □未定				
依頼する予防接種名	※あてはまるものにレ点をつけてください ロタウイルス　（ロタリックス）□1回目　□2回目　（ロタテック）□1回目　□2回目　□3回目 五種混合（DPT-IPV-Hib）　第1期（□初回1回目　□初回2回目　□初回3回目）　□第1期追加 三種混合（DPT）　第1期（□初回1回目　□初回2回目　□初回3回目）　□第1期追加 二種混合（DT）　□第2期 麻しん・風しん　□第1期　□第2期 日本脳炎　第1期（□初回1回目　□初回2回目）　□第1期追加　□第2期 BCG　□ ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ感染症（シルガード）□1回目　□2回目　□3回目 Hib（ヒブ）感染症　□初回1回目　□初回2回目　□初回3回目　□追加 小児肺炎球菌感染症　□初回1回目　□初回2回目　□初回3回目　□追加 水痘　□1回目　□2回目 B型肝炎　□1回目　□2回目　□3回目 RSウイルス感染症　□ 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　□（　　） 高齢者帯状疱疹　□生ワクチン　□組換えワクチン1回目　□組換えワクチン2回目				
依頼する理由	□出産に伴う里帰り　□指定医療機関外にかかりつけ医がいるため □その他（　　）				
接種予定日	年　月　日　・　未定				
接種予定医療機関等	名称				
	住所	〒　　－			
	電話番号				

接種後　　ヶ月以内に申請して下さい。

塩竈市予防接種実施依頼書の添付貼付台紙
母子健康手帳の下記の部分の写しを貼ってください。

○出生届出済証明

「出生届出済証明」の写しをここに貼って下さい

○予防接種の記録（1）（2）・・・・・・・記載の有無に関わらず全ページを貼って下さい。

のりしろ

「予防接種の記録（1）（2）」の写しをここに貼ってください

塩竈市予防接種実施依頼書の添付貼付台紙
母子健康手帳の下記の部分の写しを貼ってください。

〇予防接種の記録（3）（4）（5）・・・・・記載の有無に関わらず全ページを貼って下さい。

のりしろ

「予防接種の記録（3）（4）」の写しをここに貼ってください。

のりしろ

「予防接種の記録（5）」の写しをここに貼って下さい。