

□要注意者 □長期療養 予防接種依頼書交付申請書

令和 年 月 日

つくば市長 宛て

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		被接種者との続柄	本人・母・父・配偶者 その他()
	申請者氏名			
	申請者住所	〒		
	電話番号			
	メールアドレス			
被接種者	フリガナ		生年月日	(年 月 日 歳 か月)
	被接種者氏名			
	被接種者住所	(□申請者と同じ)		
	滞在先住所	〒		
予防接種の種類	▼接種を希望するものに✓を付けてください。			
	□タ	□1回目	□2回目	□3回目
	小児用肺炎球菌	□1回目	□2回目	□3回目 □追加
	B型肝炎	□1回目	□2回目	□3回目
	五種混合(四種混合+ヒブ)	□1回目	□2回目	□3回目 □追加
	四種混合	□1回目	□2回目	□3回目 □追加
	ヒブ	□1回目	□2回目	□3回目 □追加
	BCG	□		
	麻しん風しん(MR)	□1期	□2期	
	水痘	□1回目	□2回目	
	日本脳炎	□1回目	□2回目	□追加 □2期
	ヒトパピローマウイルス	□1回目	□2回目	□3回目
	高齢者肺炎球菌	□		
	高齢者带状疱疹	□1回目	□2回目	
	高齢者インフルエンザ	□		
高齢者新型コロナウイルス	□			
その他()	()			
接種予定日	令和 年 月 日 (□未定)		□予約済み □未予約	
実施医療機関	<input type="checkbox"/> 総合病院土浦協同病院 <input type="checkbox"/> 県立こども病院 <input type="checkbox"/> 筑波大学附属病院 <input type="checkbox"/> 筑波メディカルセンター病院 <input type="checkbox"/> その他()			
紹介医師名または指示書を発行した医師名				

<事務処理欄>

添付書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の出生届出済証明欄の写し <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の全ての予防接種の記録ページの写し(高齢者の予防接種の場合は不要) <input type="checkbox"/> 医師の指示書 ※要注意者の場合のみ <input type="checkbox"/> 医師の意見書 ※長期療養者の場合のみ <input type="checkbox"/> 医師の紹介状の入った封筒両面の写し (要注意者で、実施医療機関宛ての紹介状を持参した場合のみ) ※紹介状の封は開けずに写しを取り、申請者へ返却すること。							
	受付	受付者	確認者	被接種者宛名番号	入力	台帳番号	発送日	発送者
庁・桜・谷・大 郵送・電子								