

令和 年 月 日

山 武 市 長

予防接種要注意者接種依頼書発行願い

下記の者が、千葉県こども病院で定期の予防接種を受けたいので、依頼書の発行をお願いします。

記

1. 対象者氏名 _____
2. 生 年 月 日 平成・令和 年 月 日
3. 住 所 _____
山武市
4. 電 話 番 号 _____
5. 予防接種の種類
(接種したいものを
○で囲んでください) ヒブ(Hib)・小児用肺炎球菌・ロタウイルス・B型肝炎
5種混合・4種混合・3種混合・2種混合・BCG
麻しん風しん混合・水痘・日本脳炎・子宮頸がん
不活化ポリオ
6. 理 由 (_____)
7. 保護者氏名 _____

※ 山武市の住所と住んでいる場所が違うときや対象者の住所と違うときは記入してください

住 所 _____

電 話 番 号 _____