

予防接種依頼書発行申請書(乳幼児・高齢者)

■申請者名(保護者) \_\_\_\_\_

被接種者名		生年月日	T・S・H・R	年	月	日
住 所	苅田町		電話番号			
接種地			医療機関			
予防接種名						
五種混合	1・2・3・追	麻しん 風しん混合	第1期			
四種混合	1・2・3・追		第2期			
二種混合		日本脳炎	第1期	1・2・追		
BCG			第2期			
水痘	1・2	ロタ(ロタリックス2回・ロタテック3回)		1・2・3		
ヒブワクチン	1・2・3・追					
小児肺炎球菌	1・2・3・追	高齢者新型コロナ				
B型肝炎	1・2・3	高齢者インフルエンザ				
子宮頸がんワクチン	1・2・3	高齢者用肺炎球菌				