

予防接種実施依頼書交付申込書(契約外医療機関用)

年 月 日

一関市長 勝部 修 殿

申込者氏名

(※希望する予防接種を選び「回数」または「期」をご記入ください。)

- | | | | |
|--|----|-------------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> BCG | | <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ: | 回目 |
| <input type="checkbox"/> ヒブ感染症: | 回目 | <input type="checkbox"/> 四種混合: | 回目 |
| <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌感染症: | 回目 | <input type="checkbox"/> 三種混合: | 回目 |
| <input type="checkbox"/> 二種混合 | | <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期: | 回目 |
| <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR): | 期 | <input type="checkbox"/> 日本脳炎2期 | |
| <input type="checkbox"/> 風しん: | 期 | <input type="checkbox"/> 水痘ワクチン: | 回目 |
| <input type="checkbox"/> 麻しん: | 期 | <input type="checkbox"/> B型肝炎: | 回目 |
| <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン | 回目 | <input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ: | 回目 |
| | | <input type="checkbox"/> おたふくかぜ | |

を下記医療機関で接種したいので申込みます。

※下記太枠内に、もれのないようご記入ください。

| | | |
|----------------|---------|---|
| 被接種者 | 住 所 | 一関市 |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 保護者氏名 (連絡先) | | (電話番号:) |
| 申 込 理 由 | | <input type="checkbox"/> 里帰り出産のため <input type="checkbox"/> かかりつけ医で受診したいため <input type="checkbox"/> その他 () |
| 滞在先 住所等 | 住 所 | 様方 |
| | 電 話 番 号 | |
| 医 療 機 関 | 医療機関名 | |
| | 住 所 | 〒 |
| | 電 話 番 号 | |

<注意事項>

- 医療機関から断られる場合がありますので、あらかじめご了承ください。また、確認まで時間がかかることがあります。連絡があるまでは、接種はしないでください。
- 一関市の契約料金を超える場合は自己負担となりますのでご注意ください。

<以下市記入欄>

| | | | |
|-------|-------|-------|--|
| 受 付 日 | 年 月 日 | 受 付 者 | |
|-------|-------|-------|--|

<担当者記入欄>

| | | | | |
|--------|---------------------|-------|--------|--|
| 医療機関連絡 | 期 日: | 年 月 日 | 相手先担当: | |
| | 依頼の可否: 可 ・ 否 (理由:) | | | |
| 申込者連絡 | 期 日: | 年 月 日 | | |
| 備 考 | | | | |