

予防接種実施依頼書交付申込書(契約外医療機関用)

令和 年 月 日

一関市長 佐藤 善仁 様

申込者氏名
(電話番号)

(※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。)

☐ R S ウイルス (妊婦)	☐ 日本脳炎 1 期 :	回目
☐ B C G	☐ 日本脳炎 2 期 :	回目
☐ ヒブ感染症 :	☐ 2 種混合	
☐ 小児用肺炎球菌感染症 :	☐ 子宮頸がん予防ワクチン	回目
☐ 5 種混合 :	☐ 水痘ワクチン:	回目
☐ 3 種混合 :	☐ B 型肝炎 :	回目
☐ 不活化ポリオ :	☐ ロタ (1 価・5 価) :	回目
☐ 麻しん風しん混合(MR) :	☐ おたふくかぜ	
☐ 風しん :	☐ 成人風しん	
☐ 麻しん :	☐ インフルエンザ (小児・妊婦) :	回目

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
申 込 理 由		☐ 里帰り出産のため ☐ かかりつけ医で受診したいため ☐ 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。
- 一関市の契約料金または助成額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	令和 年 月 日	受 付 者	
-------	----------	-------	--

<担当者記入欄>

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