

様式第1号（第3条関係）
（広域化事業：小児等・窓口申請用）

予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

野洲市長 様

申請者 住所

氏名

電話

（被接種者との関係： ）

滋賀県予防接種広域化事業に基づき、下記の予防接種を希望しますので、予防接種実施依頼書を交付されるよう申請します。

記

ふりがな			
被接種者氏名		□ 男・ □ 女	
生 年 月 日		□ 平成・ □ 令和 年 月 日生	
予防接種希望 医療機関		医療機関名 住所	
希望する 予防接種 (☒ してくださいます)	☐ B型肝炎		☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目
	ロタウイルス感染症 □ (ロタリックス) □ (ロタテック)		☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目
	☐ BCG		
	☐ Hib感染症		☐ 初回接種(☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目) ☐ 追加接種
	☐ 小児の肺炎球菌感染症		☐ 初回接種(☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目) ☐ 追加接種
	☐ 急性灰白髄炎 (ポリオ)		☐ 1期初回(☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目) ☐ 1期追加
	☐ 5種混合		☐ 1期初回(☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目) ☐ 1期追加
	☐ 3種混合		☐ 1期初回(☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目) ☐ 1期追加
	☐ 2種混合		☐ 1期初回(☐ 1回目 ☐ 2回目) ☐ 1期追加 ☐ 2期
	☐ MR混合(麻しん風しん)		☐ 1期 ☐ 2期
	☐ 水痘		☐ 1回目 ☐ 2回目
	☐ 日本脳炎		☐ 1期初回(☐ 1回目 ☐ 2回目) ☐ 1期追加 ☐ 2期
	☐ 子宮頸がん		☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目
	☐ RSウイルス感染症		
野洲市で予防接種 が受けられない理 由		☐ かかりつけ医院での接種希望 ☐ 施設に入所中のため：施設名 () ☐ 病院に入院中のため：病院名 () ☐ その他 ()	