予防接種依頼書発行申請書

渋 谷 区 長　殿

申　請　日　令和　　年　　月　　日

申請者氏名
（保護者）

電話番号

下記のとおり予防接種を受けたいので予防接種依頼書の発行を申請します。

被接種者	ふりがな	
	氏　　名	
	住 所 地	渋谷区
	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日（　　歳）　男・女
予防接種の種類 （該当するものに○をつけてください）	ヒブ（1回目・2回目・3回目・追加）	
	小児肺炎球菌（1回目・2回目・3回目・追加）	
	5種混合（1回目・2回目・3回目・追加）	
	B型肝炎（1回目・2回目・3回目）	
	不活化ポリオ（1回目・2回目・3回目・追加）	
	ロタウイルス（1回目・2回目・3回目）	
	BCG（1回のみ）	
	MR（1期・2期）	
	日本脳炎1期（1回目・2回目・追加）／2期	
	二種混合2期（1回のみ）	
	子宮頸がん（1回目・2回目・3回目）	
	水痘（1回目・2回目）	
	RSウイルス（1回のみ）	
滞在先住所	〒 （　　様方）	
申請理由 （該当するものに○をつけてください）	1 里帰り出産等により長期滞在中のため 2 依頼先にある病院に重い病気や障害で入院、通院中のため 3 依頼先にある施設に入所中のため 4 その他　（　　） ※理由によっては依頼書を発行できない場合があります。「その他」の場合は必ず事前にお問い合わせください。	
依頼書のあて先 （※里帰り先の自治体にお問合せください）	自治体あての場合 市長 ／ 町長 ／ 村長	医療機関あての場合 院 長
依頼書の受取り希望先 （○をつけてください）	1 住所地（渋谷区の住所） 2 滞在先住所（里帰り先住所） 3 依頼先自治体（担当部署名　　／担当者名　　様） 住　所： 電話番号：	
☑ ご確認ください	□ 母子手帳の写しを添付した ※ 申請には、母子手帳の写し（予防接種記録ページ[見開き4ページ程]）が必要です。	

渋谷区保健所 地域保健課 予防接種係