

## 様式第2号（第10条関係）

# 熊本市予防接種依頼申請書

年      月      日

熊本市長（宛）

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
(保護者) 氏 名 \_\_\_\_\_

## 連絡先

次のとおり熊本市が実施する予防接種法に基づく予防接種を他市町村で受けますので、依頼書の発行を申請します。

被接種者 (予防接種を受ける人)	住所	熊本市				
	ふりがな			性別		
	氏名					
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日				
予防接種の種類 (交付希望のものに☑)	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 (ロタリックス) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 (ロタテック) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ感染症初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ感染症追加 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症追加 <input type="checkbox"/> BCG		<input type="checkbox"/> 五種混合 1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 五種混合 1期追加 <input type="checkbox"/> 四種混合 1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 四種混合 1期追加 <input type="checkbox"/> 三種混合 1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 三種混合 1期追加 <input type="checkbox"/> 二種混合 2期 <input type="checkbox"/> ポリオ初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ポリオ追加 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん 1期 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん 2期 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん 5期		<input type="checkbox"/> 日本脳炎 1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 1期追加 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 2期 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症 (子宮頸がん) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 高齢者用インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (生ワクチン) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (組換えワクチン) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	
	接種希望医療機関等の名称・所在地		名称			
			所在地			
	滞在先住所		〒			
	郵送先		( 様方 ) 電話 ( - - - )			
	熊本市で接種できない理由					
	依頼書の宛名		依頼する市町村長名 ・ 接種医療機関名			