

大阪市 区保健福祉センター所長 様

申請者 住所
電話
氏 名
被接種者との続柄 ()

次の理由により、大阪市が実施する予防接種法に基づく予防接種を他市で受けますので、依頼書を交付していただきますよう申請します。

被 接 種 者	住 所	大阪市 区
	氏 名	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生 (歳 か月)
保 護 者	住 所	(申請者と同一の場合、記入不要です) 大阪市 区 電話
	氏 名	
予防接種の種類 (希望するものに○ 印をつけてください)	DPT-IPV・Hib 1 期初回：1 回／2 回／3 回／追加 DT 2 期	
	DPT-IPV 1 期初回：1 回／2 回／3 回／追加 DT 2 期	
	DPT 1 期初回：1 回／2 回／3 回／追加 DT 2 期	
	M R 1 期／2 期	
	麻しん 1 期／2 期	風しん 1 期／2 期
	日本脳炎 1 期初回：1 回／2 回／追加／2 期	
	急性灰白髄炎 (ポリオ) 初回：1 回／2 回／3 回／追加	
	ヒブワクチン 初回：1 回／2 回／3 回／追加	
	小児用肺炎球菌ワクチン 初回：1 回／2 回／3 回／追加	
	子宮頸がん予防ワクチン 1 回目／2 回目／3 回目	
	水痘ワクチン 1 回目／2 回目	
	B 型肝炎 1 回目／2 回目／3 回目	
	B C G	
ロタウイルスワクチン 1 回目／2 回目／3 回目		
他市で接種する理由		
滞在地住所 及び電話番号	〒 電話番号：	
	様方 ※予防接種を実施する医療機関の所在地が、滞在地の市町村と異なる場合は、医療機関所在地の市長村名も記載してください。 () 市・町・村	