

下記必要事項を記載し、FAXまたは郵送にて提出してください。

【FAX】 03-5273-3820

【郵送】 〒160-0022 新宿区新宿5-18-21 新宿区保健所保健予防課 予防接種担当 あて

HP

予防接種実施依頼書交付申請書

予防接種実施依頼書を下記のとおり交付願います。

申請日	年 月 日			
申請者氏名			電話	
被接種者	住所	新宿区		
	氏名		氏名カナ	
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
滞在先住所	〒 ー (様方 ※里帰り出産等で申請者の苗字と表札が異なる場合はご記入ください。)			
予防接種の種類 ※○をつけてください。	BCG		DPT-IPV1期初回1回目 (四種混合)	日本脳炎1期初回1回目
	B型肝炎1回目		DPT-IPV1期初回2回目 (四種混合)	日本脳炎1期初回2回目
	B型肝炎2回目		DPT-IPV1期初回3回目 (四種混合)	日本脳炎1期追加
	B型肝炎3回目		DPT-IPV1期追加 (四種混合)	日本脳炎2期
	ヒブ初回1回目		ロタウイルス1回目 (ロタリックス又はロタテック) <small>※令和2年8月以降出生児のみ対象</small>	HPV1回目 (子宮頸がん予防)
	ヒブ初回2回目		ロタウイルス2回目 (ロタリックス又はロタテック) <small>※令和2年8月以降出生児のみ対象</small>	HPV2回目 (子宮頸がん予防)
	ヒブ初回3回目		ロタウイルス3回目 (ロタテックのみ) <small>※令和2年8月以降出生児のみ対象</small>	HPV3回目 (子宮頸がん予防)
	ヒブ追加		MR1期	不活化ポリオ初回1回目
	小児用肺炎球菌初回1回目		MR2期	不活化ポリオ初回2回目
	小児用肺炎球菌初回2回目		水痘1回目	不活化ポリオ初回3回目
	小児用肺炎球菌初回3回目		水痘2回目	不活化ポリオ追加
	小児用肺炎球菌追加		DT2期	
申請理由				
依頼書宛先 <small>※滞在先の市町村が、接種依頼を受けることが可能かどうか確認してください。</small>	1 滞在先市町村長あて 2 医療機関・施設長あて (医療機関・施設名 所在地 〒 ー)			
接種費用	1 負担あり 2 負担なし			
依頼書送付先	1 新宿区住所 2 滞在地住所 3 滞在先自治体 ※滞在先自治体へ新宿区から直接送付してよいか確認して下さい。 (担当部署名 所在地 〒 ー)			

新宿区長 あて