

年 月 日

北九州市長様

申請者 住所  
氏名  
(自署又は記名押印)  
(被接種者との関係 )  
TEL

### 予防接種依頼書発行申請書

下記の理由により、他市町村で予防接種を接種するため依頼書の交付を申請します。

#### 記

現在の住所	北九州市 区 TEL		
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏名		
生年月日	年 月 日 生		
予防接種の種類 (該当するものにレ点)	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/>B型肝炎1回目 <input type="checkbox"/>B型肝炎2回目 <input type="checkbox"/>B型肝炎3回目 <input type="checkbox"/>ロタリックス1回目(1価) <input type="checkbox"/>ロタリックス2回目(1価) <input type="checkbox"/>ロタテック1回目(5価) <input type="checkbox"/>ロタテック2回目(5価) <input type="checkbox"/>ロタテック3回目(5価) <input type="checkbox"/>インフルエンザ菌b型(Hib)初回1回目 <input type="checkbox"/>インフルエンザ菌b型(Hib)初回2回目 <input type="checkbox"/>インフルエンザ菌b型(Hib)初回3回目 <input type="checkbox"/>インフルエンザ菌b型(Hib)初回追加接種 <input type="checkbox"/>小児用肺炎球菌初回1回目 <input type="checkbox"/>小児用肺炎球菌初回2回目 <input type="checkbox"/>小児用肺炎球菌初回3回目 <input type="checkbox"/>小児用肺炎球菌初回追加接種 <input type="checkbox"/>五種混合1期初回1回目 <input type="checkbox"/>五種混合1期初回2回目 <input type="checkbox"/>五種混合1期初回3回目 <input type="checkbox"/>五種混合1期追加接種 <input type="checkbox"/>BCG</td><td><input type="checkbox"/>四種混合1期初回1回目 <input type="checkbox"/>四種混合1期初回2回目 <input type="checkbox"/>四種混合1期初回3回目 <input type="checkbox"/>四種混合1期追加接種 <input type="checkbox"/>麻しん・風しん混合1期 <input type="checkbox"/>麻しん・風しん混合2期 <input type="checkbox"/>水痘1回目 <input type="checkbox"/>水痘2回目 <input type="checkbox"/>日本脳炎1期初回1回目 <input type="checkbox"/>日本脳炎1期初回2回目 <input type="checkbox"/>日本脳炎1期追加接種 <input type="checkbox"/>日本脳炎2期接種 <input type="checkbox"/>二種混合2期接種 <input type="checkbox"/>HPV(子宮頸がん予防)1回目 <input type="checkbox"/>HPV(子宮頸がん予防)2回目 <input type="checkbox"/>HPV(子宮頸がん予防)3回目 <input type="checkbox"/>高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/>高齢者用肺炎球菌 <input type="checkbox"/>その他の定期予防接種 ( )</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> B型肝炎1回目 <input type="checkbox"/> B型肝炎2回目 <input type="checkbox"/> B型肝炎3回目 <input type="checkbox"/> ロタリックス1回目(1価) <input type="checkbox"/> ロタリックス2回目(1価) <input type="checkbox"/> ロタテック1回目(5価) <input type="checkbox"/> ロタテック2回目(5価) <input type="checkbox"/> ロタテック3回目(5価) <input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型(Hib)初回1回目 <input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型(Hib)初回2回目 <input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型(Hib)初回3回目 <input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型(Hib)初回追加接種 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌初回1回目 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌初回2回目 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌初回3回目 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌初回追加接種 <input type="checkbox"/> 五種混合1期初回1回目 <input type="checkbox"/> 五種混合1期初回2回目 <input type="checkbox"/> 五種混合1期初回3回目 <input type="checkbox"/> 五種混合1期追加接種 <input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 四種混合1期初回1回目 <input type="checkbox"/> 四種混合1期初回2回目 <input type="checkbox"/> 四種混合1期初回3回目 <input type="checkbox"/> 四種混合1期追加接種 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合1期 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合2期 <input type="checkbox"/> 水痘1回目 <input type="checkbox"/> 水痘2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期初回1回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期初回2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期追加接種 <input type="checkbox"/> 日本脳炎2期接種 <input type="checkbox"/> 二種混合2期接種 <input type="checkbox"/> HPV(子宮頸がん予防)1回目 <input type="checkbox"/> HPV(子宮頸がん予防)2回目 <input type="checkbox"/> HPV(子宮頸がん予防)3回目 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> その他の定期予防接種 ( )
<input type="checkbox"/> B型肝炎1回目 <input type="checkbox"/> B型肝炎2回目 <input type="checkbox"/> B型肝炎3回目 <input type="checkbox"/> ロタリックス1回目(1価) <input type="checkbox"/> ロタリックス2回目(1価) <input type="checkbox"/> ロタテック1回目(5価) <input type="checkbox"/> ロタテック2回目(5価) <input type="checkbox"/> ロタテック3回目(5価) <input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型(Hib)初回1回目 <input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型(Hib)初回2回目 <input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型(Hib)初回3回目 <input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型(Hib)初回追加接種 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌初回1回目 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌初回2回目 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌初回3回目 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌初回追加接種 <input type="checkbox"/> 五種混合1期初回1回目 <input type="checkbox"/> 五種混合1期初回2回目 <input type="checkbox"/> 五種混合1期初回3回目 <input type="checkbox"/> 五種混合1期追加接種 <input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 四種混合1期初回1回目 <input type="checkbox"/> 四種混合1期初回2回目 <input type="checkbox"/> 四種混合1期初回3回目 <input type="checkbox"/> 四種混合1期追加接種 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合1期 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合2期 <input type="checkbox"/> 水痘1回目 <input type="checkbox"/> 水痘2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期初回1回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期初回2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期追加接種 <input type="checkbox"/> 日本脳炎2期接種 <input type="checkbox"/> 二種混合2期接種 <input type="checkbox"/> HPV(子宮頸がん予防)1回目 <input type="checkbox"/> HPV(子宮頸がん予防)2回目 <input type="checkbox"/> HPV(子宮頸がん予防)3回目 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> その他の定期予防接種 ( )		
滞在先	〒 Tel 都・道・府・県		
理由			
依頼書の宛名(市町村名又は病院名)	区役所受付印		

注1: 依頼書を発行できるのは約6ヶ月以内に受ける予防接種に限ります。

注2: すでに接種を受けた予防接種の依頼書は発行できません。