

(あて先)長崎市長

申請者(保護者)住所

申請者(保護者)氏名

被接種者との続柄

### 予防接種申請書

定期接種の実施について次のとおり、依頼書の発行を申請します。

被 接 種 者	住 所			
	ふりがな			男・女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月
	妊娠週数	週 日		
現在の滞在地				
滞在期間(予定)				
連絡先				
長崎県内で接種できない理由				
				自己負担
				有 無
・BCG				
・不活化ポリオワクチン		( 1回目・2回目・3回目・追加 )		
・五種混合		( 1回目・2回目・3回目・追加 )		
・三種混合		( 1回目・2回目・3回目・追加 )		
・二種混合				
・麻しん風しん混合		( 第1期・第2期 )		
・日本脳炎		( 第1期( 1回目・2回目・追加 ) 第2期 )		
・ヒブ		( 1回目・2回目・3回目・追加 )		
・小児用肺炎球菌		( 1回目・2回目・3回目・追加 )		
・水痘(水ぼうそう)		( 1回目・2回目 )		
・B型肝炎		( 1回目・2回目・3回目 )		
・HPV(子宮頸がん)		( 1回目・2回目・3回目 )		
・ロタ(1価)		( 1回目・2回目 )		
・ロタ(5価)		( 1回目・2回目・3回目 )		
・RSウイルス				
長崎市の予診票は必要ですか。			必要 ・ 不要	
予防接種を実施する医療機関名および所在地				
依頼書の送付先		保護者(滞在先) / 市区町村の予防接種担当課 / その他( )		