予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

江東区長　殿

予防接種実施依頼書を下記のとおり発行願います。

申請日		年　　月　　日		
フリガナ 申請者（保護者）氏名			電話	
被接種者（こども）	住　所	江東区		
	氏　名		氏名カナ	
	生年月日	年　　月　　日	性　　別	男　・　女
滞在先住所		〒　　－ （　　様方）		
接種予定医療機関名				

予防接種の種類 ※接種地にて**１年以内**に接種するものに○をつけてください。 依頼書を交付した場合でも東京２３区内で接種可能です。（手続きは不要）	・BCG	・小児用肺炎球菌初回1回目	・水痘1回目
	・ロタワクチン1回目	・小児用肺炎球菌初回2回目	・水痘2回目
	・ロタワクチン2回目	・小児用肺炎球菌初回3回目	・MR1期
	・ロタワクチン3回目	・小児用肺炎球菌追加	・MR2期
	・B型肝炎1回目	・5種混合1期初回1回目	・日本脳炎1期初回1回目
	・B型肝炎2回目	・5種混合1期初回2回目	・日本脳炎1期初回2回目
	・B型肝炎3回目	・5種混合1期初回3回目	・日本脳炎1期追加
	・ヒブワクチン初回1回目	・5種混合1期追加	・日本脳炎2期
	・ヒブワクチン初回2回目	・4種混合1期初回1回目	・DT2期
	・ヒブワクチン初回3回目	・4種混合1期初回2回目	
	・ヒブワクチン追加	・4種混合1期初回3回目	
		・4種混合1期追加	

申請理由	里帰り・その他（　　）
依頼書宛先 ※接種地の市町村に依頼書の宛先と送付先をご確認ください。	□　接種先市町村あて（接種先市町村：　　） □　医療機関あて（医療機関名：　　）
依頼書送付先	□　江東区住所 □　滞在地住所 □　接種先（　自治体・　医療機関　） 所在地：〒　　－ 宛　先：

送付先　〒１３５－００１６　江東区東陽２－１－１

江東区保健所保健予防課　予防接種担当