

RS ウイルス感染症予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

士別市長 様

申請者

住所 士別市東 11 条 5 丁目

氏名 保健 福子

被接種者との関係 本人

申請は家族でも可

標記の予防接種について、次のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

| | | | | |
|---|--|---|------|----------------|
| 被 接 種 者 | 住 所 | 士別市東 11 条 5 丁目 住民票の住所を記入 | | |
| | フリガナ | ホケン フコ | 生年月日 | 平成 8 年 8 月 8 日 |
| | 氏 名 | 保健 福子 | | |
| | 出産予定日 | 令和 8 年 8 月 8 日 | 電話 | 0165-22-2400 |
| 依頼する医療機関 住所及び名称 | 〒 - 名寄市立総合病院以外の医療機関の場合に記載 してください。 | | | |
| 依頼する予防接種 | 組換え RS ウイルスワクチン（母子免疫ワクチン） | | | |
| 依 頼 期 間 不明の場合は空欄で | 妊娠 28 週 0 日～36 週 6 日までの間であること 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | |
| 接種予定日 | 年 月 日（妊娠 週 日） ※ 1 | | | |
| 依頼する理由 | 通院する産婦人科医療機関が市外のため | | | |
| 滞在先住所 (自宅でない場合に記載) | 〒 - | | | |
| 連絡者氏名 滞在先の緊急連絡先 | | 続柄 | 電話 | |

※ 1 決定していない場合は、依頼期間内の妊婦健診予定日を記載してください。
変更がある場合も依頼期間内であれば支障はなく、報告は不要です。