

申請年月日	年 月 日		
フリガナ			
申請者(保護者)名	続柄()		
住所	品川区	丁目	番 号
連絡できる電話番号	()	携帯	- -

下記により予防接種依頼書の交付を受けたいので申請いたします。

被接種者 (予防接種を受けるお子さん)	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	
住所	品川区	丁目	番	号	
予防接種種類 ※ 母子健康手帳の ①お子さんの名前の分かるページのコピー(出生届出済証明) ②予防接種の記録のページのコピー を、同封してください。	※必要なものに○をつけてください。				
	Hib	1回目	2回目	3回目	追加
	小児肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加
	B型肝炎	1回目	2回目	3回目	
	ロタウイルス	1回目	2回目	3回目	
	四種混合	1回目	2回目	3回目	1期追加
	五種混合	1回目	2回目	3回目	1期追加
	BCG	BCG			
	MR(麻しん・風しん混合)	1期	2期	※麻しん・風しん単独ワクチンの場合は、ご連絡ください。	
	水痘	1回目	2回目		
	日本脳炎	1回目	2回目	1期追加	2期
二種混合(DT)	2期				
ヒトパピローマウイルス感染症(子宮頸がん)	1回目	2回目	3回目		
接種する期間 (滞在予定期間)	年	月	日	~	年 月 日
申請理由 ※申請理由を☑して下さい	<input type="checkbox"/> 帰省中のため(帰省先住所) 〒 様方 <input type="checkbox"/> その他(事情は具体的にお書きください)				
依頼書送付先 ※送付先を☑して下さい	<input type="checkbox"/> 帰省先へ <input type="checkbox"/> 自治体・保健所・病院 等へ(住所などを記入してください) 〒 様方 TEL ()				
接種費用	<input type="checkbox"/> 相手自治体が負担(無料)		<input type="checkbox"/> 本人負担(有料)		
依頼先 ※医療機関長、市町村長・保健所長など	(例)「〇〇病院 院長」、「〇〇市長」など				

太枠内の項目は、接種する医療機関が所在する市町村の予防接種担当部署に確認してください。

【提出先】 〒140-8715 品川区広町2-1-36

品川区保健所保健予防課 予防接種担当

電話 03-5742-9152

※電子申請ができます。 URL <http://www.city.shinagawa.tokyo.jp/> → 電子申請