

見 本

品保保発第 ●●● 号
令和3年1月15日

●●病院 院長 様

品川区長 濱野 健

予 防 接 種 依 頼 書

下記の者の予防接種についてお取り計らいくださるようお願いいたします。
なお、万一当該予防接種に起因する健康被害が生じた場合は、予防接種救済制度に基づき品川区において処理いたします。
また、接種料金が必要な場合は、本人から徴収してください。
お手数をおかけいたしますが、接種後は、接種報告として予診票の写しをお送りくださるようお願いいたします。

記

依頼予防接種	Hib:初回1回目, Hib:初回2回目, Hib:初回3回目, 小児肺炎球菌:初回1回目, 小児肺炎球菌:初回2回目, 小児肺炎球菌:初回3回目, B型肝炎:1回目, B型肝炎:2回目, ロタウイルス:1回目, ロタウイルス:2回目, ロタウイルス:3回目, 四種混合(DPT-IPV):1期初回1回目, 四種混合(DPT-IPV):1期初回2回目		
被接種者氏名	品川 花子	性別	女
生年月日	令和2年12月5日	電話番号	
被接種者住所	〒140-8715 品川区広町 2-1-36		
保護者氏名	品川 太郎	続柄	父
		電話番号	000-0000-0000
滞在先住所	〒 北海道札幌市●●●●●●●● ●● 様方		
理 由	里帰りのため		
依頼期間	令和3年2月4日 ~ 令和3年5月3日		

[返送先] 140-8715

品川区広町二丁目1番36号
品川区保健所 保健予防課

(担当) 荏原

03-5742-9152