山都町予防接種依頼書申請書

年　　月　　日

山都町長　様

申請者 住　所

（保護者）氏　名

連絡先

次のとおり山都町が実施する予防接種法に基づく予防接種を他市町村で受けますので、依頼書の発行を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="4">被接種者（予防接種を受ける人）</td><td>住　　所</td><td colspan="2">山都町</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>予防接種の種類（交付希望のものにレ印をつける）</td><td>☐ロタウイルス
☐1回目 ☐2回目 ☐3回目
☐B型肝炎
☐1回目 ☐2回目 ☐3回目
☐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
☐五種混合1期
☐1回目 ☐2回目 ☐3回目 ☐追加
☐四種混合1期
☐1回目 ☐2回目 ☐3回目 ☐追加</td><td>☐BCG
☐MR（麻しん風しん混合）
☐1期　☐2期
☐麻しん
☐風しん
☐水痘
☐初回　☐追加
☐日本脳炎1期初回・追加
☐1回目 ☐2回目 ☐追加
☐日本脳炎2期
☐二種混合</td><td>☐ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ感染症
（子宮頸がん予防ワクチン）
☐1回目　☐2回目　☐3回目
☐高齢者肺炎球菌
☐高齢者用インフルエンザ
☐その他〔　　〕</td></tr>
<tr><td colspan="2">接種希望医療機関等の名称・所在地</td><td colspan="2">名称
所在地</td></tr>
<tr><td colspan="2">滞在先住所
（郵送先）</td><td colspan="2">〒
（　　様方）　電話（　　－　　－　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">山都町で接種できない理由</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">依頼書の宛名</td><td colspan="2">依頼する市町村長名　・　接種医療機関名</td></tr>
</table>