

山都町予防接種依頼書申請書

令和 年 月 日

山都町長 様

申請者 住 所

(保護者) 氏 名 印

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。

被 接 種 者	住 所	山都町			
	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
(予防接種を受ける人)					
(交付希望のものにレ印をつける)	<input type="checkbox"/> 四種混合1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 四種混合1期追加 <input type="checkbox"/> B型肝炎初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> B型肝炎追加 <input type="checkbox"/> ヒブ初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ追加 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌追加 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期追加 <input type="checkbox"/> 日本脳炎2期 <input type="checkbox"/> MR(麻しん風しん)1期 <input type="checkbox"/> MR(麻しん風しん)2期 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> ポリオ初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ポリオ追加 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症 (子宮頸がん予防ワクチン) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者用インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他[]		
接種希望医療機関等の名称・所在地		名称			
		所在地			
滞在先住所 (郵送先)		〒			
		(様方) 電話(- -)			
山都町で接種できない理由					
依頼書の宛名		依頼する市町村長名 ・ 接種医療機関名			