

定期予防接種依頼書発行申請書

年 月 日

鏡野町長 様

<申請者> 住所 鏡野町

氏名 印

(申請者が代理人の場合、本人との続柄)

県外の医療機関で予防接種を受けたいので、下記のとおり申請いたします。
併せて、予防接種依頼書を発行していただきたく、下記のとおり申請いたします。

記

被接種者氏名	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)
住 所 (住民基本台帳登録地)	鏡野町
保護者氏名 (被接種者が子の場合)	
予防接種の種類名 (接種希望種類に○印)	・ B型肝炎 (1回 ・ 2回 ・ 3回) ・ ロタウイルス(1回 ・ 2回 ・ 3回) ・ ヒブ(インフルエンザ菌b型) 初回(1回 ・ 2回 ・ 3回) 追加 ・ 小児用肺炎球菌 初回(1回 ・ 2回 ・ 3回) 追加 ・ 3種混合1期初回 (1回 ・ 2回 ・ 3回) ・ 1期追加 ・ 4種混合1期初回 (1回 ・ 2回 ・ 3回) ・ 1期追加 ・ 5種混合1期初回 (1回 ・ 2回 ・ 3回) ・ 1期追加 ・ BCG ・ 麻しん風しん混合 1期 ・ 2期 ・ 水痘(1回 ・ 2回) ・ 日本脳炎1期初回 (1回 ・ 2回) ・ 1期追加 ・ 2期 ・ 2種混合 (2期) ・ ポリオ 1期初回 (1回 ・ 2回 ・ 3回) ・ 1期追加 ・ 子宮頸がん予防 (1回 ・ 2回 ・ 3回) ・ 高齢者インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌 ・ 新型コロナウイルスワクチン
接種予定医療機関	医療機関名 所在地 連絡先
依 頼 理 由	
滞 在 先	住所 (様方) 連絡先