

様式第1号（第4条関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

枕崎市長 様

申請者

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

被接種者との続柄【 _____ 】

電話番号 _____

次の理由により、枕崎市が実施する予防接種を他市町村で接種希望しますので、
 予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	住 所	枕崎市	
	(フリガナ) 氏 名		
	生年月日	年	月 日
申請理由		<input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
希望する予防接種 (○で囲む)	ロタ (ロタリックス・ロタテック)	1回目・2回目・3回目	
	B型肝炎	1回目・2回目・追加	
	小児肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加	
	五種混合	1回目・2回目・3回目・追加	
	二種混合	Ⅱ期	
	BCG	1回	
	MR (麻しん風しん)	Ⅰ期・Ⅱ期	
	水痘	1回目・2回目	
	日本脳炎	1回目・2回目・追加・Ⅱ期	
	HPV (サーバリックス・ガーダシル・ シルガード)	1回目・2回目・3回目	
その他(_____)	(_____)		
最初の接種予定日		年	月 日
滞在先		住 所: 世帯主名:	
接種医療機関名又は集団接種 会場の名称及び住所	住所		
	名称		