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

（宛先）大　洲　市　長

申請者　住　所

氏　名

（被接種者との続柄）

電話番号　　　　(　　　　)

　　　　　（日中連絡可能な番号）

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　接　種　者 | 住 所 | 〒（　　　－　　　　）  大洲市 | | | | | |
|  |  | | | | 性別  　　男　・　女 | |
| 生年月日 | 年　　月　　日　（満　　　歳　　か月） | | | | | |
| 滞在先住所 | 〒（　　　－　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様方 | | | | | |
| 予　防　接　種　の　種　類 | Ｈｉｂ感染症：初回（1回目・2回目・3回目）・追加  小児の肺炎球菌感染症：初回（1回目・2回目・3回目）・追加  Ｂ型肝炎：初回（1回目・2回目）・追加  四種混合（三種混合・不活化ポリオ）：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加  ＢＣＧ  麻しん風しん：1期・2期  水痘：1回目・2回目  日本脳炎：1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期  二種混合  ヒトパピローマウィルス感染症：1回目・2回目・3回目 ロタウイルス感染症：１回目・２回目・３回目 | | | | | | |
| 理　由 | 里帰り（里帰り出産）のため  入院(入所)中のため  その他（　　　　　　　　　　） | | 宛　名 | (依頼書提出先)※滞在先市区町村へ確認の上記入してください。  市区町村　　　　　　医療機関 | | | |
| 予防接種を受ける医療機関名 | |  | | | 電話番号 | | （　　　　） |
| 依頼書送付先 | | 滞在先住所　　　　　　　　様方　　自宅（大洲市の住所） | | | | | |