

予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

伊佐市長 様

申請者（保護者）

住 所 〒 _____

氏 名 _____ (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

被接種者との続柄【 _____ 】

電話番号 _____

次の理由により、伊佐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	伊佐市		
	フリカ`ナ			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
申請理由		<input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
希望する 予防接種 (○で囲む)	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	
	B型肝炎		1回目・2回目・3回目	
	ロタウイルス	1価	1回目・2回目	
		5価	1回目・2回目・3回目	
	4種混合		1回目・2回目・3回目・追加	
	BCG			
	水痘		1回目・2回目	
	MR		1期・2期	
	日本脳炎		1回目・2回目・追加・2期	
	2種混合		2期	
子宮頸がん予防 (2価・4価・9価)		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			