

記入例

予防接種実施依頼書交付申請書

令和 〇年 〇月 〇日

伊佐市長 様

申請者 (保護者)

住 所 〒895-2511

伊佐市大口里 1888 番地

氏 名 伊佐 太郎 (※)

(※) 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【 父 】

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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	伊佐市大口里 1888 番地		
	フリガナ	イハコ		
	氏 名	伊佐 花子		
	生年月日	令和 4年 6月 1日		
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> その他 (<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 10px;"> 複数回の接種を予定している場合は、必要な回数を「○」で囲んでください。 </div>			
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		
麻疹・風疹	1回目			
麻疹・風疹	4価・9価			
最初の接種予定日	年 月 日 未定			
滞 在 先	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇		
	世帯主名	伊佐 一郎 (〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)		
接種医療機関名又は集団 接種会場の名称及び住所	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇		
	名 称	〇〇医院・〇〇保健センター 等		

連絡先の記載をお願いします。

予約が未だの場合は「未定」としてください。
※依頼書の有効期限は最長1年です。(ワクチンの種類等で短くなることもあります)