

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

伊佐市長 様

申請者（※18歳未満の場合は保護者）

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	
	フリガナ		
	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
	5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
	インフルエンザ(高齢者)		
	肺炎球菌感染症(高齢者)		
	新型コロナウイルス(高齢者)		
	帯状疱疹(高齢者)		
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		