

様式第1号（第4条関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

伊佐市長 様

年 月 日

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		
	B C G			
	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			