

年 月 日

さつま町長 様

申請者（保護者）

住 所

氏 名

（署名または記名押印）

予防接種実施依頼書交付申請書

下記の理由により、他市区町村において予防接種を希望するので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被 接 種 者	住 所	
	現在の居住地	
	氏 名	
	生年月日	
	電話番号	
	保護者氏名	
希望する予防接種 （○で囲む）	A 類疾病	B C G ポリオ（ 1 期初回 1 回目・2 回目・3 回目・追加 ） 5 種混合（ 1 期初回 1 回目・2 回目・3 回目・追加 ） 二種混合（ 2 期 ） 麻しん風しん混合（ 1 期・2 期 ） 日本脳炎（ 1 期初回 1 回目・2 回目・追加・2 期 ） ヒブ（ 初回 1 回目・2 回目・3 回目・追加 ） 小児用肺炎球菌（ 初回 1 回目・2 回目・3 回目・追加 ） 子宮頸がん予防（ 1 回目・2 回目・3 回目 ） ロタテック（1 回目・2 回目・3 回目） ロタリックス（1 回目・2 回目） 水痘（ 初回・追加 ） B 型肝炎（ 1 回目・2 回目・3 回目 ） R S 母子免疫ワクチン
	B 類疾病	季節性インフルエンザ 成人用肺炎球菌 新型コロナウイルス感染症 帯状疱疹（生ワクチン） 帯状疱疹（不活化ワクチン 1 回目・2 回目）
希 望 す る 市 町 村		
接 種 医 療 機 関	名 称	
	所在地	
希 望 す る 理 由		