第１号様式（第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

さつま町長　 様

申請者（保護者）

住　所

氏　名　　　　　　　　　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 | | （男・女） | |
| 生年月日 | | 平成　　年　　月　　日生 | |
| 電話番号 | |  | |
| 保護者氏名 | |  | |
| 希望する予防接種  （○で囲む） | Ａ類疾病 | ＢＣＧ | | |
| ポリオ（ １期初回１回目・２回目・３回目・追加 ） | | |
| ４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 ） | | |
| 水痘（ 初回・追加 ） | | |
| B型肝炎（ １回目・２回目・３回目 ） | | |
| Ｂ類疾病 | 季節性インフルエンザ | | |
| 成人用肺炎球菌 | | |
| 希望する市町村 | 都・道・府・県　　　　　　　　　　　市・区・町・村 | | | |
| 接種医療機関 | 名 称 | | |  |
| 所在地 | | |  |
| 希望する理由 |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |