

県外における定期予防接種実施依頼申請書

年 月 日

富谷市長 あて

住 所 富谷市
申請者（保護者）

下記の理由のため県外医療機関等での予防接種を希望しますので、依頼くださるようお願いいたします。

記

1. 理由	(1) 出産等の理由で、未成年者とともに県外に長期にわたり 里帰りをしているため (2) 離婚調停中等の理由で、未成年者とともに県外に事実上 居住しているため (3) その他 ()		
2. 被接種者	住 所 富谷市		
	ふり 氏 名	性別	男・女
	個人番号		
	生年月日 年 月 日 (満 歳 か月)		
3. 予防接種名	※あてはまるものにレ点をつけてください Hib(ヒブ) ☐ 初回 1 回目 ☐ 初回 2 回目 ☐ 初回 3 回目 ☐ 追加 小児肺炎球菌 ☐ 初回 1 回目 ☐ 初回 2 回目 ☐ 初回 3 回目 ☐ 追加 B 型肝炎 ☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目 五種混合 第 1 期 (☐ 初回 1 回目 ☐ 初回 2 回目 ☐ 初回 3 回目) ☐ 第 1 期追加 四種混合 第 1 期 (☐ 初回 1 回目 ☐ 初回 2 回目 ☐ 初回 3 回目) ☐ 第 1 期追加 二種混合 ☐ 第 2 期 B C G ☐ 麻しん風しん ☐ 第 1 期 ☐ 第 2 期 水痘 ☐ 1 回目 ☐ 2 回目 日本脳炎 第 1 期 (☐ 初回 1 回目 ☐ 初回 2 回目) ☐ 第 1 期追加 ☐ 第 2 期 ヒトパピローマウイルス ☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目 ロタウイルス ☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目		
4. 接種医療機関等			
5. 滞在地住所 (又は 在籍施設名 及び所在地)	〒 ー (様方) 電話 (日中連絡が取れる番号):		