

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

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、療養、就学、仕事等の理由で、県外に長期にわたり滞在しているため<br>(2) 離婚調停中等の理由で、県外に事実上居住しているため<br>(3) その他 ( )   |    |     |
| 2. 被接種者                            | 住 所 富谷市  |    |     |
|                                    | ふりがな<br>氏 名  | 性別 | 男・女 |
| 3. 予防接種名                           | ※あてはまるものにレ点をつけてください  |    |     |
|                                    | RS ウイルス母子免疫ワクチン <input type="checkbox"/><br>Hib(ヒブ) <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加<br>小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目 <input type="checkbox"/> 追加<br>B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目<br>五種混合 第1期( <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目 <input type="checkbox"/> 初回3回目) <input type="checkbox"/> 第1期追加<br>二種混合 <input type="checkbox"/> 第2期<br>BCG <input type="checkbox"/><br>麻しん風しん <input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期<br>水痘 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目<br>日本脳炎 第1期( <input type="checkbox"/> 初回1回目 <input type="checkbox"/> 初回2回目) <input type="checkbox"/> 第1期追加 <input type="checkbox"/> 第2期<br>ヒトパピローマウイルス <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目<br>ロタウイルス <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 |    |     |
| 4. 接種医療機関等                         |  |    |     |
| 5. 滞在地住所<br>(又は<br>在籍施設名<br>及び所在地) | 〒 ( ) 様方<br>電話 (日中連絡が取れる番号):   |    |     |