

委託外医療機関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 (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 (3) 委託外医療機関をかかりつけ医療機関としているため (4) その他 ()		
2. 被接種者	住 所 富谷市		
	ふり 氏 名	性別	男・女
	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 RS ウイルス母子免疫ワクチン ☐ 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 二種混合 ☐ 第2期 BCG ☐ 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)	〒 (様方) 電話 (日中連絡が取れる番号):		