

予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

呉市長 殿

申請者（保護者）		被接種者	
氏名		氏名	
電話番号		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
住所	〒737- 呉市		

次のとおり呉市が実施する予防接種法に基づく予防接種を他市町村で受けますので、依頼書の発行を申請します。

（交付希望のものに○） 予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 5種混合1期初回（1回目・2回目・3回目） <input type="checkbox"/> 5種混合1期追加 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌初回（1回目・2回目・3回目） <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌追加 <input type="checkbox"/> B型肝炎（1回目・2回目・3回目） <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症（1回目・2回目・3回目） <input type="checkbox"/> 4種混合1期初回（1回目・2回目・3回目） <input type="checkbox"/> 4種混合1期追加 <input type="checkbox"/> ヒブ感染症初回（1回目・2回目・3回目） <input type="checkbox"/> ヒブ感染症追加	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（1期・2期） <input type="checkbox"/> 水痘（1回目・2回目） <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期初回（1回目・2回目） <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期追加 <input type="checkbox"/> 日本脳炎2期 <input type="checkbox"/> 2種混合（DT）2期 <input type="checkbox"/> ヒトパピローウイルス感染症（1回目・2回目・3回目） <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 高齢者のインフルエンザ
	滞在先住所	〒 (様方) (電話)
呉市で接種できない理由	里帰り ・ その他 ()	
依頼書の宛名	依頼する市町村長名 ・ 接種医療機関管理者	
送付先	呉市の住所 ・ 滞在先の住所	
備考		

保健所処理欄

別紙のとおり

依頼してよろしいですか。

(回議：令和 年 月 日)

公印承認

--

担当	係員	GL	主幹	課長
/	/	/	/	/

(収受印)

--