

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

中津川市長 様

下記の理由により予防接種を中津川市内において受けることができませんので、
予防接種実施依頼書の交付を申請します。

1. 被接種者氏名 (予防接種を受ける方の氏名)	フリガナ 氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日生
2. 保護者氏名 高齢者予防接種の場合は記入不要	
3. 住所	中津川市 電話番号(日中に連絡の取りやすい番号)
4. 滞在先の住所	〒 世帯主名 電話番号(日中に連絡の取りやすい番号)
5. 申請の理由	(1) 里帰り出産 (2) 市外の施設に入所している (3) その他()
6. 実施医療機関名 (決まっている場合は、 記入してください。)	住所: 接種(開始)予定日: 年 月 日
7. 依頼する予防接種の種類 (接種を希望する予防接種に ○をつけてください。)	(1) BCG (2) ヒブ 1回・2回・3回・4回 (3) 小児肺炎球菌 1回・2回・3回・4回 (4) ロタウイルス 1回・2回・3回 (5) 4種混合 1回・2回・3回・追加 (6) 5種混合 1回・2回・3回・追加 (7) B型肝炎 1回・2回・3回 (8) 麻しん風しん混合 1期・2期 (9) 水痘 1回・2回 (10) 日本脳炎 1期(1回・2回・追加)・2期 (11) ジフテリア・破傷風混合 (12) ヒトパピローマウイルス 1回・2回・3回 (13) 高齢者インフルエンザ (14) 高齢者用肺炎球菌 (15) 新型コロナウイルスワクチン (16) その他()
8. 依頼書送付先 (○をつけてください。)	・被接種者住所 ・滞在先住所 ・その他(郵便番号と住所を記入)

健康医療課 記 入 欄	受 付 者		受付日	年 月 日
	受付方法	電話・窓口・郵送・その他()		
	依頼書等送付日	年 月 日		