

射水市定期予防接種実施依頼申請書

年 月 日

射水市長

申請者(保護者又は被接種者)

射水市指定医療機関以外の医療機関で予防接種を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

ふりがな 被接種者氏名		生年月日	年 月 日生
保護者氏名			
住 所	富山県射水市		
電 話 (日中連絡可能な番号)	— —		
予防接種の種類 ※希望する予防接種を ○で囲んでください。	・ロタウイルス（1回目・2回目・3回目） ・Hib（ヒブ）感染症 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・小児の肺炎球菌感染症 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・B型肝炎（1回目・2回目・3回目） ・五種混合 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 ・四種混合 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 ・BCG 1回 ・水痘（1回目・2回目） ・麻しん風しん混合（第1期・第2期） ・麻しん（第1期・第2期） ・風しん（第1期・第2期） ・日本脳炎 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 ・DT（ジフテリア・破傷風） ・子宮頸がん予防ワクチン（1回目・2回目・3回目）		
滞 在 場 所 連 絡 先 (電話番号)	(住 所) 〒 様方 (電 話) — —		
滞在期間	年 月 日 ～ 年 月 日頃		
希望する市町村 接種医療機関名 (個別接種の場合)	都・道・府・県 市・町・村 医療機関名 住 所 電 話		
希望する理由			
予防接種実施依頼書 送付先	1 滞在先 2 現住所		