

## 定期予防接種依頼申請書

人吉市長 松岡 隼人 様

申請者住所

申請者氏名 ㊟

代理人氏名 ㊟

(続柄: )

下記のとおり定期予防接種実施の申請をします。

被 接 種 者	氏 名	(ふりがな)		
	生 年 月 日	年	月	日生 ( 歳 か月)
	住 所			
	保 護 者 氏 名	(続柄)	電話番号	
	滞 在 先	〒		
	滞 在 期 間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	まで
希望する ワクチンの種類 (○をつけてください)	B型肝炎(1回目・2回目・3回目)			
	ヒブ 初回(1回目・2回目・3回目)・追加			
	小児肺炎球菌 初回(1回目・2回目・3回目)・追加			
	四種混合 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加			
	BCG			
	水痘(1回目・2回目)			
	麻しん風しん混合(MR)又は麻しん・風しん(第 期)			
	日本脳炎 1期初回(1回目・2回目)・1期追加 2期			
	二種混合			
子宮頸がん(1回目・2回目・3回目)				
申請理由 (○をつけてください)	1 里帰り出産などで、他市町村で予防接種を受けるため 2 疾病等により委託医療機関以外で長期入院または入所しているため 3 その他( )			
接種希望 医療機関	所在地 医療機関名			TEL
保健センター記入欄	発行者		確認者	
来所時提出物確認	親子(母子)健康手帳・予防接種予診票・印鑑			