

広域化予防接種依頼申請書（記入例）

返送する日

人吉市長 松岡 隼人 様

申請者住所 人吉市〇〇〇〇

住民票の住所

申請者氏名 人吉 花子 ⑩

必ず押印を

※赤の部分の記載をお願いします。

代理人氏名

⑩

（続柄： ）

下記の理由により、居住地以外の市町村の医療機関において個別予防接種を希望しますので、申請いたします。

被 接 種 者	氏 名	(ふりがな) ひとよし たろう 人吉 太郎		
	生 年 月 日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日生 (〇 歳 〇〇 か月)		
	住 所	人吉市〇〇〇〇		
	保 護 者 氏 名	人吉 花子 (続柄 母)	電話番号	090-111-2222
	滞 在 先	〒111-2222 熊本県〇〇〇〇		
	滞 在 期 間	令和 〇 年 〇 月 〇〇 日 から 令和 〇 年 〇 月 〇〇 日 まで		
申 請 理 由	(例)・かかりつけ医が住所地以外の市町村にあるため ・里帰り出産で子どもも一緒に住所地以外の市町村に長期滞在するため 注意 { 理由によっては今回の手続きができない場合があります。 { ご不明な場合は人吉市保健センターへ問い合わせください。			
希 望 す る ワ ク チ ン の 種 類 (〇をつけてください)	ロタリックス (1回目・2回目) / ロタテック (1回目・2回目・3回目) 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)			
接 種 希 望 医 療 機 関	所在地	熊本市中央区		
	医療機関名	〇〇小児科	TEL096-111-2222	
保健センター記入欄	発行者		確認者	