

定期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

※赤の部分の記載をお願いします。

申請者氏名 人吉 花子 ①

必ず押印を

代理人氏名

①

（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) ひとよし ももこ 人吉 桃子	性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	令和 〇年 〇月 〇日生	(〇歳 〇 か月)	
	住 所	熊本県人吉市〇〇〇〇		
	保 護 者 氏 名	人吉 花子 (続柄 母)	電話番号	090-1111-2222
	滞 在 先	〒1111-2222 福岡県〇〇〇〇〇		
	滞 在 期 間	令和 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日 まで		
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)				
申 請 理 由 (〇をつけてください)	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 福岡県〇〇〇〇		医療機関名 〇〇小児科 TEL092-111-2222	
保健センター記入欄	発行者		確認者	

1回に受けるワクチンの種類の回数を〇で囲ってください。別の日に受ける予防接種はもう一枚申請書をご記入ください。