

所長	次長	係長	担当

令和 年 月 日

A 類 広域化予防接種依頼申請書

人吉市長 様

申請者住所：

申請者氏名：

代理人氏名： (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)		
	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	年 月 日 から	年 月 日	まで
申 請 理 由				
希 望 する ワ ク チ ン の 種 類 (○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型ワクチン (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			
	五種混合 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			
	HPV (1回目・2回目・3回目)			
	RS ウイルス感染症 (出産予定日： 年 月 日)			
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	