

所長	次長	係長	担当
----	----	----	----

※赤色の部分の記載をお願いいたします。

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) <b>ひとよし はなこ</b> <b>人吉 花子</b>
	生 年 月 日	年 月 日生 ( 歳 か月)
	住 所	<b>人吉市〇〇町 1234 番地</b>
	保 護 者 氏 名	<b>人吉 太郎</b> (続柄 <b>父</b> ) 電話番号 <b>090-1234-1234</b>
	滞 在 先	<b>〒111-2222</b> <b>〇〇市△△町 111 番地</b>
	滞 在 期 間	〇年 〇月 〇日 から 〇年 〇月 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と一緒に市外の市町村に長期滞在するため	
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 <b>(1回目)</b> ・2回目) / ロタテック (1回目・2回目・3回目)	
	B 型 ワ ク チ ン <b>(1回目)</b> ・2回目・3回目)	
	ヒブ 初回 <b>(1回目)</b> ・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 <b>※接種する種類に〇をつける。</b> )	
	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 <b>熊本県〇〇市〇〇町</b> 医療機関名 <b>〇〇小児科</b> TEL <b>123-456-7890</b>	
保健センター記入欄	発行者 確認者	