

人吉市長 様

申請者住所 熊本県人吉市西間下間町 7 番地 1

氏名 人吉 花子

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

代理人氏名 (続柄：)

電話番号

※訂正する場合

二重線を引き訂正印を押してください

人吉市定期予防接種実施依頼書交付申請書

次のとおり定期予防接種実施の申請をします。

対象者	(ふりがな) 氏 名	ひとよし さくら 人吉 さくら	性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	平成 〇 年 〇 月 〇 日 生 (〇 歳 〇 か月)		
	住 所	熊本県人吉市西間下間町 7 番地 1		
	保 護 者 氏 名	人吉 花子 (続柄 母)	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	滞 在 先	〒1111-2222 〇〇県〇〇市〇〇町 1234		
	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 (○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			
	五種混合 1 期初回 (1回目) 2回目・3回目)・1 期追加			
	B C G			
	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)			
	R S ウイルス感染症			
	高齢者用肺炎球菌			
	インフルエンザ (高齢者)			
新型コロナウイルス感染症 (高齢者)				
带状疱疹 (高齢者) (1回目・2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 医療機関に入院又は施設等に入所しているため			
	3 その他 ()			
接 種 希 望 医 療 機 関	所在地 〇〇県〇〇市〇〇町 9999			
	医療機関名 □□病院 電話番号 〇〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
担当課記入欄	発行者		確認者	