様式第１号（第３条関係）

令和〇〇　年　　〇月　　〇日

人吉市長　　様

申請者住所　熊本県人吉市西間下町７番地１
氏名　人吉　花子
電話番号　090-1111-2222
代理人氏名　　（続柄：　　）
電話番号

※赤の部分の記載をお願いします。

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　ももこ 人吉　桃子	性　別	男　・　女
	生　年　月　日	令和〇　年　〇　月　〇　日　生　（　0歳　2か月）		
	住　　所	熊本県人吉市西間下町７番地１		
	保護者氏名	人吉　花子　（続柄　母　）	電話番号	090-1111-2222
	滞　在　先	〒111-2222　福岡県福岡市博多区		
	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）		
		高齢者用肺炎球菌		
		インフルエンザ（高齢者）		
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　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　福岡県福岡市博多区 医療機関名　福岡小児科　　電話番号 092-111-2222		
担当課記入欄	発行者		確認者	

１回に受けるワクチン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。