年 月 日

人吉市長

様

申請者住所

氏名

電話番号

代理人氏名

（続柄： ）

電話番号

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		性 別	男 ・ 女
	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	
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			
	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 (○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 医療機関名			電話番号
担当課記入欄	発行者		確認者	