様式第１号（第３条関係）

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		
		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		
		子宮頸がん（１回目・２回目・３回目）		
		ＲＳ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）		
		帯状疱疹（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 医療機関名　　電話番号		
担当課記入欄	発行者		確認者	