

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

丸亀市長 宛

申請者住所

氏名

印

(被接種者との関係

)

下記のとおり、予防接種を受けたいので予防接種依頼書の交付を申請します。
記

被接種者	住 所	
	ふりがな 氏 名	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生
保護者名	電話 - -	
予防接種名	BCG / 不活化ポリオ (1回・2回・3回・追加) B型肝炎 (1回・2回・3回) 四種混合 (1回・2回・3回・1期追加) MR (1期・2期) / 二種混合 日本脳炎 (1回・2回・1期追加・2期) 子宮頸がん (1回・2回・3回) / ヒブ (1回・2回・3回・追加) 小児用肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加) 水痘 (1回・2回) その他 ()	
申請理由	(1)母親の里帰り出産等で、県外に事実上居住しているため	
	(2)両親が離婚調停中等の理由で、県外に事実上居住しているため	
	(3)県外の施設に入所しているため	
	(4)その他()	
依頼する 市区町村 医療機関名		
滞在期間	年 月 日～ 年 月 日 予定	
滞在先住所	〒	

様方