

様式第 1 号(第 4 条関係)

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

(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<br>氏 名                                                                                                                                                                                                                                 | 男 ・ 女  |
|                       | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                        | 年 月 日生 |
| 保護者名                  | 電話 — —                                                                                                                                                                                                                                      |        |
| 予防接種名                 | <u>四種混合・五種混合</u> （1回・2回・3回・1期追加）<br>↑どちらか選択して○をつけて下さい<br>ヒブ（1回・2回・3回・追加）*ヒブは五種混合に含まれています<br>ロタ（1回・2回・3回） / B型肝炎（1回・2回・3回）<br>小児用肺炎球菌（1回・2回・3回・追加） / BCG<br>水痘（1回・2回） / MR（1期・2期）<br>日本脳炎（1回・2回・1期追加・2期）<br>二種混合 / 子宮頸がん（1回・2回・3回）<br>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<br>市区町村<br>医療機関名 |                                                                                                                                                                                                                                             |        |
| 滞在期間                  | 年 月 日～ 年 月 日 予定                                                                                                                                                                                                                             |        |
| 滞在先住所                 | 〒<br><br>様方                                                                                                                                                                                                                                 |        |