

予防接種依頼書発行申請書

年 月 日

津久見市長 様

申請者 住 所
氏 名
(被接種者との続柄)
電話番号

次のとおり、津久見市が委託契約している医療機関で予防接種を受けることができませんので、
予防接種依頼書の発行を申請します。

被接種者 (予防接種を 受ける人)	氏名	
	住所	津久見市
	生年月日	年 月 日
保護者氏名		
滞在先住所	〒	TEL
希望する医療機関		
希望する 予防接種	1 ロタリックス (1回目・2回目・3回目) 2 B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) 3 ヒブ (初回1・初回2・初回3・追加) 4 小児用肺炎球菌 (初回1・初回2・初回3・追加) 5 四種混合 (1期1・1期2・1期3・1期追加) 6 BCG 7 MR (1期・2期) 8 水痘 (1回目・2回目) 9 日本脳炎 (1期1・1期2・1期追加・2期) 10 二種混合 11 子宮頸がん (1回目・2回目・3回目) 12 その他 ()	
県外で接種を 希望する理由	1 出産等により里帰りのため 2 その他 ()	
依頼書 送付先住所	1 申請者住所に同じ 2 被接種者住所に同じ 3 滞在地住所に同じ 4 その他 ()	