様式第１号（第４条関係）

予防接種実施依頼申請書

大河原町長　　　　　　　様

　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住所 |
| 氏名 |
| 接種を受ける人との続柄　保護者・その他（　　　） |
| 電話番号（昼間連絡の取れる番号） |

　次のとおり県外医療機関で予防接種を受けることを希望しますので、予防接種実施依頼書の

交付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種を受ける人 | ふりがな | 　 | 男・女 | 生年月日 |
| 氏名 | 　 | 　　　 年　 月　 日（　 歳　か月） |
| 住所電話番号 | □申請者と同じ　□申請者と異なる〒大河原町電話　　　　（　　　　） |
| 保護者氏名 | □申請者と同じ　□申請者と異なる (氏名) |
| 予防接種名 | 依頼書が必要な予防接種にレ点を付け、希望する回目・期等に〇をしてください。 |
| □ロタウイルス  | （ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ） |
| □Hib  | （ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ） |
| □小児用肺炎球菌  | （ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ） |
| □Ｂ型肝炎　　  | （ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ） |
| □５種混合　  | 2期 （ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ） |
| □４種混合　  | 2期 （ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ） |
| □３種混合 2期 |
| □ジフテリア・破傷風（２種混合） 2期 　 |
| □ポリオ　　　  | （ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ） |
| □BCG |
| □水痘  | （ 1回目 ・ 2回目 ） |
| □麻しん風しん  | 混合・単独（ 1期 ・ 2期 ） |
| □日本脳炎　　 　  | （ 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期 ） |
| □子宮頸がん　 　 | □ｻｰﾊﾞﾘｯｸｽ　□ｶﾞｰﾀﾞｼﾙ　□ｼﾙｶﾞｰﾄﾞ9（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ） |
| 滞在先住所・電話番号 | 〒（　　　　　様方）電話　　　（　　　）　　　　　　　　（　　年　 月　 日頃まで滞在予定） |
| 接種希望医療機関 | 医療機関名 |
| 所在地　　　　　　　 |
| 電話番号　　　　　　（　　　）　 |
| 申請理由 | (1)出産等の理由で、未成年者とともに県外に長期にわたり里帰りをしているため(2)その他（ 　　　　　　　　　　　　 　） |
| 依頼書の送付先 | □現住所（住民票のある所）希望　　□滞在先の住所希望□別の送付先を希望〒（　　　　　様方） |