

年 月 日

坂 町 長 様

（申請者）住所 安芸郡坂町  
氏名

予防接種実施依頼書交付申請書

次のとおり、坂町と委託契約を締結した医療機関以外で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。

被接種者 (※)	住 所	安芸郡坂町 電話番号 ( )	
	フリガナ 氏 名		
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
保護者氏名 (※)	住 所	<input type="checkbox"/> 同上	電話番号 ( )
	氏 名		
申請理由	<input type="checkbox"/> 保護者の出産や療養、勤務などの都合により県外に事実上居住しているため <input type="checkbox"/> 本人の学業や勤務等の理由により県外に事実上居住しているため <input type="checkbox"/> 県外の施設への入所等の理由により県外に事実上居住しているため <input type="checkbox"/> その他のやむを得ない事情のため ( )		
滞在先住所 等	〒 様方 電話番号 ( )		
希望する 定期接種の 種類等	<input type="checkbox"/> Hib(初回(1回目・2回目・3回目)・追加) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ロタウイルス(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 水痘(初回・追加) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌(初回(1回目・2回目・3回目)・追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)(1期・2期) <input type="checkbox"/> 五種混合(1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加) <input type="checkbox"/> 四種混合(1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期) <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症		
接種を受け る医療機関 名・住所等	医療機関名 住所 〒 電話番号 ( )		

※被接種者が16歳未満の場合は、保護者氏名を記入。

(役場記入)取扱者

確認者