

定期予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

青森市長 宛

<申請者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (被接種者との関係 \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_

下記の理由により、青森市が実施する定期予防接種を県外の自治体で接種を希望しますので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

予 防 接 種 を 受 け る か た	住 所	青森市			
	フリガナ		男	生 年	年 月 日生
	氏 名		女	月 日	( 歳 か月)
滞 在 先	〒 _____ ( _____ 様方)				
予 防 接 種 名 (希望する予防接種名 及び回数に○をつけて ください)	ヒブ感染症		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		
	小児用肺炎球菌感染症		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		
	B型肝炎		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
	ロタウイルス 感染症	ロタリックス	1回目 ・ 2回目		
		ロタテック	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
	5種混合		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加		
	BCG				
	麻しん風しん混合		1期 ・ 2期		
	水痘		1回目 ・ 2回目		
	日本脳炎		1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期		
	2種混合				
	ヒトパピローマウイルス感染症		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
RSウイルス感染症					
依頼する理由					
依頼書の宛名 ※滞在先の自治体にご確認の上、ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 市区町村長 <input type="checkbox"/> 実施医療機関の長 医療機関名： 医療機関住所： _____ Tel： _____				
滞 在 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日頃				