

**記入例**

**・黒のボールペンで記載**

年 月 日

泉大津市長 様

**接種者が16歳未満の場合は保護者名**

申請者 氏名

住所 泉大津市

電話

**定期予防接種の依頼書発行について（お願い）**

下記の事由により、定期予防接種を泉大津市外の医療機関において接種したいので、泉大津市の同意と、実施にあたり依頼書の発行をお願いいたします。

**該当の□に✓・( )に記載**

記

予防接種の種類	<input type="checkbox"/> ロタ( 回目) (ロタリックス・ロタテック) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌( 回目・追加) <input type="checkbox"/> ヒブ( 回目・追加) <input type="checkbox"/> 四種混合( 回目・追加) <input type="checkbox"/> 五種混合( 回目・追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎( 回目) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水痘( 回目) <input type="checkbox"/> MR( 期) <input type="checkbox"/> 日本脳炎( 回目・追加・Ⅱ期) <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン( 回目) <input type="checkbox"/> その他 ※定期予防接種に限る ( )	
接種を受ける者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 ( )
	保護者氏名 (子どもの場合)	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 ( )
	生年月日	年 月 日
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 ( )
本市で接種できない理由	<input type="checkbox"/> 里帰り中 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
接種する医療機関	医療機関名	
	所在地	都道府県と市町村名のみ
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他 [〒 ( 様方)]
	<input type="checkbox"/> 窓口	受理日から1週間後以降に窓口へ

※市処理欄  住基確認 ( )  決裁日 ( 年 月 日)  発送日 ( 年 月 日)