

【記入例】

年 月 日

いちき串木野市長 様

住所 〒 896-0000  
いちき串木野市 いちき町1番地  
氏名 串木野 はな  
(被接種者との続柄) 母  
電話番号 32-0000

印

予防接種実施依頼書交付申請書

鹿児島県外で定期予防接種の接種を希望するため、下記のとおり予防接種実施依頼書の発行を申請します。

被接種者氏名	串木野 さくら	
生年月日	令和6年 4 月 2 日生	
滞在先住所	〒 810-0000 福岡県福岡市中央区福岡100ばんち ( ) 様方 連絡先電話番号: 090-9810-0000	
滞在期間	令和6年 2 月 1 日～ 令和6年 6 月 20 日	
滞在理由	里帰り出産のため	
予防接種の種類 (鹿児島県外で接種予定のものを○で囲んでください)	ロタウイルス	1回目・2回目・3回目
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	小児肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加
	ヒブ (Hib)	1回目・2回目・3回目・追加
	四種混合 (DPT-IPV)	1回目・2回目・3回目・追加
	五種混合	1回目・2回目・3回目・追加
	BCG	1回
	麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期
	水痘	1回目・2回目
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期
	二種混合 (DT)	1回
HPV	1回目・2回目・3回目	
接種開始予定日 医療機関 (決まっている場合記入)	接種 (開始) 予定日: 令和6年 6 月 2 日 医療機関: 福岡中央総合病院	
依頼書送付先	1 現住所 (申請者と同じ) 2 滞在先住所 3 滞在先の行政機関 所在地・部署名 4 その他 住所・宛先	