

いちき串木野市長 様

住所 〒
いちき串木野市

氏名 印

(被接種者との続柄)

電話番号

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		
生年月日	年	月 日生
滞在先住所	〒 () 様方 連絡先電話番号：	
滞在期間	年	月 日～ 年 月 日
滞在理由		
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： 年 月 日 医療機関：	
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 _____	