

南伊勢町長 宛

下記のとおり、県外医療機関等で予防接種を受けたいので、南伊勢町予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所	南伊勢町	
申請者 (保護者)	氏 名		続 柄
	住所及び 電話番号	<input type="checkbox"/> 被接種者と同居（記入不要） <input type="checkbox"/> 被接種者と別居（以下に記入） 日中連絡先電話番号 — —	
滞 在 先	世帯主名		
	住 所		
	滞在期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
滞 在 理 由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産のため（記入不要） <input type="checkbox"/> その他（以下に記入）		
予 防 接 種 名	下記の中から希望する予防接種名をすべて○で囲んでください。 B型肝炎（1回目・2回目・3回目） ・ BCG Hib（1回目・2回目・3回目・追加） 小児肺炎球菌（1回目・2回目・3回目・追加） DPT-IPV（1期 1回目・2回目・3回目・追加） ・ DT2期 日本脳炎（1期 1回目・2回目・追加 2期） 水痘（1回目・2回目） ・ 麻しん ・ 風しん ・ MR（1期・2期） ポリオ（1回目・2回目・3回目・追加） ヒトパピローマウイルス感染症【子宮頸がん】（1回目・2回目・3回目）		
接 種 医 療 機 関	所 在 地		
	名 称		
	電話番号		
依 頼 書 の 送 付 先	<input type="checkbox"/> 住所地（記入不要） <input type="checkbox"/> 滞在先（記入不要） <input type="checkbox"/> その他（以下に記入）		

※記入欄

接種方法：個別 集団

費用負担：自己負担 滞在先負担 その他（ ）