県外医療機関等での予防接種希望申請書

年　　月　　日

　子育て支援課長　様

申請者　氏名

住所

電話番号

下記のとおり、県外医療機関等で予防接種を希望いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 被接種者氏名 | 申請者との続柄 |
| 被接種者生年月日 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　　所  ※申請者と同住所の場合省略可 | 〒 |
| 滞在先住所 | 〒  （　　　　　　　）様方 |
| 連絡先電話番号 |  |
| 滞 在 期 間 | 年　　月　～　　　　　年　　月 |
| 申 請 理 由 |  |
| 希望する  予防接種の種類  ※該当するものを丸で囲んでください。ない場合はその他にご記入ください。 | ロタ　ヒブ　小児用肺炎球菌　Ｂ型肝炎　四種混合　BCG  ＨＰＶ　高齢者用肺炎球菌　　任意インフルエンザ  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療機関名  所　在　地  電 話 番 号 |  |