

三川町予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

三川町長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

下記の理由により、三川町で実施する予防接種を県外の医療機関で接種することを希望するため、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	住所	三川町		
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	年 月 日
保護者氏名			日中連絡先	
滞在先住所		〒 (方) 連絡先； ()		
実施医療機関		医療機関名		
		所在地	〒 連絡先 ()	
申請理由		<input type="checkbox"/> 里帰り出産等により県外へ長期滞在するため <input type="checkbox"/> 県外施設へ入院・入所のため <input type="checkbox"/> その他 ()		
県外で予定している 予防接種の種類 (接種回数があるものは 接種回数に○)		(1) BCG		
		(2) () 種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)、追加	
		(3) 二種混合	2 期	
		(4) 麻しん風しん混合	1 期、2 期	
		(5) 日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目)、追加、2 期	
		(6) ヒブ	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)、追加	
		(7) 小児肺炎球菌	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)、追加	
		(8) 子宮頸がん (HPV)	1 回目、2 回目、3 回目	
		(9) 水痘	1 回目、2 回目	
		(10) B 型肝炎	1 回目、2 回目、3 回目	
		(11) ロタ	1 回目、2 回目、3 回目	
		(12) その他 ()		