

別記

第1号様式（第5条関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

（宛先）阿久根市長

申請者（保護者）

住 所 〒

氏 名 印

接種対象者との続柄【 】

電話番号

次の理由により，阿久根市が実施する予防接種を他市町村で接種希望します。予防疫種実施依頼書の交付を申請します。

対象者	住 所	阿久根市	
	(フリガナ) 氏 名		
	生年月日	年	月 日
申請理由		<input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> その他 ()	
希望する 予防接種 (○で囲む)	ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加	
	小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	四種混合	1回目・2回目・3回目・追加	
	B C G		
	水痘	1回目・2回目	
	MR (麻しん風しん)	I期・II期	
	日本脳炎	1回目・2回目・追加・II期	
	二種混合	II期	
その他	()		
最初の接種予定日			
滞在先		住 所 世帯主名	
接種医療機関名又は集団接種 会場の名称及び住所	住 所		
	名 称		