

年 月 日

行政措置予防接種実施依頼書交付申請書

竹田市長 様

申請者 住 所

氏 名

(被接種者との続柄)

電話番号

下記のとおり、市外での予防接種を希望しますので、行政措置予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者 (接種を受ける人)	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日
保護者名		
滞在先住所	〒	電話番号
行政措置予防接種 の種類 【該当する種類に ○をつける】	1 流行性耳下腺炎 2 風しん (1期 2期) 3 MR (麻しん及び風しん) (1期 2期) 4 三種混合 5 不活化ポリオ (1期初回 1回目 2回目 3回目 追加)	
市外実施医療機関 住所・名称	〒	
依頼する理由	1 難病指定を受けており、市外医療機関で予防接種を行う必要があるため。 2 その他()	
依頼書送付先 住所	1 申請者住所と同じ 2 被接種者住所と同じ 3 滞在地住所と同じ 4 その他 ()	