

年 月 日

## 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

印

(被接種者との続柄 )

電話番号

下記のとおり、県外での予防接種を希望しますので、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	昭和・平成 年 月 日
保護者名		
滞在先住所	〒	
	電話番号	
定期予防接種の 種類 【該当する種類に ○をつける】	1 ロタ (1回目・2回目・3回目) 2 BCG 3 ヒブ (初回1回目 2回目 3回目 追加) 4 小児用肺炎球菌 (初回1回目 2回目 3回目 追加) 5 四種混合 (1期初回1回目 2回目 3回目 追加) 6 三種混合 (1期初回1回目 2回目 3回目 追加) 7 不活化ポリオ (1期初回1回目 2回目 3回目 追加) 8 水痘 (初回 追加) 9 二種混合 10 MR (麻しん及び風しん) (1期 2期) 11 麻しん (1期 2期) 12 風しん (1期 2期) 13 日本脳炎 (1期初回1回目 2回目 1期追加 2期) 14 ヒトパピローマウイルス感染予防 (1回目 2回目 3回目)	
県外実施医療機関 等住所・名	〒	
依頼する理由	1 母親の出産等で、県外の他市町村に長期にわたり里帰りするため。 2 県外の病院又は施設へ入院 (入所) しているため。 3 その他( )	
依頼書送付先 住所	1 申請者住所に同じ 2 被接種者住所に同じ 3 滞在地住所に同じ 4 その他 ( )	