

予防接種実施依頼書発行申請書

野々市市長 宛

申請者(保護者)

〒

住 所

氏 名

電話番号

※平日の日中連絡可能な電話番号を記入

次の理由により、石川県外で予防接種を受けたいので、接種医療機関あて予防接種実施依頼書の発行を申請します。

申請理由	<input type="checkbox"/> 長期里帰りのため	
	<input type="checkbox"/> その他 ※( )内に具体的な理由を記入 ( )	
被接種者 ※	住 所	〒
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 ( )歳( )か月
	滞在先住所 (方書)	〒
		( )様方
滞在予定	( )頃まで	
希望する 予防接種の種類  (希望する種類にチェックし、 回数は○で囲んでください)	<input type="checkbox"/> 五種混合 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> 四種混合 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> Hib 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	<input type="checkbox"/> BCG	
	<input type="checkbox"/> MR I 期 ・ II 期	
	<input type="checkbox"/> 水痘 1回目 ・ 2回目	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 1回目 ・ 2回目 ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> ロタ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
予防接種を受ける 医療機関  (実施依頼書の宛先)	住 所	〒
	医療機関名	
	電話番号	

※予防接種日において、0歳から7歳5か月までの者

※予防接種日かつ助成申請日において本市に住所を有する者