

年 月 日

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	〒 一 <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)		〒 一	
		()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	〒 一
		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