

予防接種実施依頼書発行申請書

野々市市長 宛

申請者

〒

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
	滞在先住所 (方書)	〒
		( )様方
滞在予定	年 月 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"/> 小児肺炎球菌	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 追加
	<input type="checkbox"/> BCG	
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん(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 ・ II期
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	<input type="checkbox"/> 二種混合	II期
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス(HPV)	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	<input type="checkbox"/> 三種混合	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	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"/> RSウイルス感染症(母子免疫)	出産予定日 年 月 日
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、上記の定期予防接種の対象になっている者

※予防接種日および助成申請日において本市に住所を有する者