

様式第1号（第4条関係）

小野市予防接種実施依頼書交付申請書

申請日 年 月 日

小 野 市 長 様

申請者	住所 〒
	氏名 ⑨
	接種を受ける人との続柄 ()
	TEL(連絡の取れる番号)

予防接種を小野市の委託医療機関以外の医療機関で受けたいので、次のとおり申請します。

接種を受ける人	ふりがな		性 別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	年 月 日 (歳 か月)
	住 所 連 絡 先	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者以外の場合 〒 小野市 町 番地 TEL — —		
	保護者氏名	※接種を受ける人が未成年の場合に記入してください。		
予防接種の種類	※接種を希望する予防接種にチェックを付けて、接種回数に○をしてください。			
	予防接種の種類	接種回数	予防接種の種類	接種回数
	☐ ヒブ予防接種	初回(1・2・3)回目・追加	☐ 日本脳炎予防接種	第1期初回(1・2)回目
	☐ 小児用肺炎球菌予防接種	初回(1・2・3)回目・追加		第1期追加・第2期
	☐ B型肝炎予防接種	(1・2・3)回目	☐ 二種混合予防接種	
	☐ 四種混合予防接種	初回(1・2・3)回目・追加	☐ 子宮頸がん予防接種	(1・2・3)回目
	☐ BCG予防接種		☐ 高齢者インフルエンザ	
	☐ 麻しん風しん予防接種	(1・2・5)期・抗体検査	☐ 高齢者肺炎球菌	
	☐ 水痘予防接種	初回・追加	☐ ポリオ予防接種	初回(1・2・3)回目・追加
☐ その他	(ロタウイルス予防接種 (1・2・3)回目 、)			
滞 在 先 住 所 及 び 連 絡 先	〒 都・道 市・区 府・県 町・村 (様方) TEL — — 滞在予定期間(約 か月間)			
接 種 を 受 け る 医 療 機 関	〒 都・道 市・区 府・県 町・村 (医療機関名) TEL — —			
申 請 理 由	1. 保護者の里帰り出産のため 2. 長期の入院や施設入所等のため 3. その他 ()			
依 頼 書 の 交 付	☐ 申請者住所 ☐ 滞在先住所 ☐ その他 ()			

<受付印>