

年 月 日

泉大津市長 様

申請者 氏名 _____ 印 _____

住所 _____ 泉大津市 _____

電話 _____

定期予防接種の依頼状発行について（お願い）

下記の事由により、定期予防接種を泉大津市外の医療機関において接種したいので、泉大津市の同意と、実施にあたり依頼状の発行をお願いいたします。

記

予防接種の種類	<input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> MR（Ⅰ期・Ⅱ期） <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 その他 ※定期接種に限る（ ）	
接種を受ける者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 （ ）
	保護者氏名 （子どもの場合）	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 （ ）
	生年月日	年 月 日
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 （ ）
本市で接種できない理由	<input type="checkbox"/> 里帰り中 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
接種する医療機関	医療機関名	
	所在地	都道府県と市町村名のみ（郵送する場合は番地まで）
依頼状の送付先	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 接種する医療機関 <input type="checkbox"/> その他（ ） （〒 ）
	<input type="checkbox"/> 窓口	受理日から1週間後以降に窓口へ