

記入例

・黒のボールペンで記載

年 月 日

泉大津市長 様

申請者 氏名

接種者が 16 歳未満の場合は保護者名

住所 泉大津市

電話

定期予防接種の依頼書発行について（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、実施にあたり依頼書の発行をお願いいたします。

該当の□に✓・（ ）に記載

記

予防接種の種類	☐ ロタ（ 回目）（ロタリックス・ロタテック） ☐ 小児用肺炎球菌（ 回目・追加） ☐ ヒブ（ 回目・追加） ☐ 五種混合（ 回目・追加） ☐ B型肝炎（ 回目） ☐ BCG ☐ 水痘（ 回目） ☐ MR（ 期） ☐ 日本脳炎（ 回目・追加・Ⅱ期） ☐ 二種混合 ☐ 子宮頸がん予防ワクチン（ 回目） ☐ その他 ※定期予防接種に限る（ ）	
接種を受ける者	氏名	☐ 申請者と同様（ ）
	保護者氏名 （子どもの場合）	
	住所	☐ 申請者と同様（ ）
	生年月日	年 月 日
	電話番号	☐ 申請者と同様（ ）
本市で接種できない理由	☐ 里帰り中 ☐ 入院 ☐ 入所 ☐ 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
依頼書の送付先	☐ 郵送	☐ 申請者 ☐ その他 〒 （ 様方）
	☐ 窓口	受理日から 1 週間後以降に窓口へ

※市処理欄 ☐ 住基確認（ ） ☐ 決裁日（ 年 月 日） ☐ 発送日（ 年 月 日）
☐ 接種記録確認（母子健康手帳等のコピー）（ ）