

年 月 日

泉大津市長 様

申請者 氏名 _____

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。

記

予防接種の種類	<input type="checkbox"/> ロタ(回目) (ロタリックス・ロタテック) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(回目・追加) <input type="checkbox"/> ヒブ(回目・追加) <input type="checkbox"/> 五種混合(回目・追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎(回目) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水痘(回目) <input type="checkbox"/> MR(期) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(回目・追加・Ⅱ期) <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン(回目) <input type="checkbox"/> その他 ※定期予防接種に限る ()	
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
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 [〒 (様方)]	
	<input type="checkbox"/> 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)()