

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"/> B C G <input type="checkbox"/> 水痘(回目) <input type="checkbox"/> M R(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"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他 [<u>〒</u> (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) ()