

第1号様式（第4条関係）

鹿屋市予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

鹿屋市長 様

申請者（接種対象者または保護者）

住 所

氏 名

接種対象者との続柄 ()

連絡先

次の理由により、鹿屋市が実施する予防接種を他市町村で接種希望しますので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

接種 対象者	住 所	鹿屋市	
	(フリガナ)		
	氏 名		
生年月日	年 月 日 (男・女)		
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望する予防接種 (接種を希望する予防接種及び回数を○で囲む)	ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加	
	小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	五種混合	1回目・2回目・3回目・追加	
	B C G	1回目	
	水痘	1回目・2回目	
	MR (麻しん風しん)	第Ⅰ期・第Ⅱ期	
	日本脳炎	1回目・2回目・追加・第Ⅱ期	
	二種混合	第Ⅱ期	
	ロタウイルス	1回目・2回目・3回目	
H P V (子宮頸がん)	1回目・2回目・3回目		
その他 ()			
滞在予定期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	
滞 在 先	住 所		
	世帯主名		
接種予定医療機関	所 在 地		
	名 称		
	電話番号		
実施依頼書の宛名 (どちらかを○で囲む)	市町村長 ・ 医療機関の長		