

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	
	HPV (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	