

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 住 所

氏 名

印

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 (○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
	四種混合	1回目・2回目・3回目・追加
	BCG	1回目
	水痘	1回目・2回目
	MR (麻しん風しん)	I期・II期
	日本脳炎	1回目・2回目・追加・II期
	二種混合	II期
	HPV	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