

尾道市長 様

申請者

住所 尾道市

氏名

電話番号

※日中に連絡がつく電話番号を記入してください。

被接種者との続柄（ ）

予防接種実施依頼書交付申請書

標記の件について、次のとおり市外で接種したいので、依頼書の交付を申請します。

被接種者	(ふりがな) 氏名	()	生年 月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	現住所	〒 ー 尾道市		
依頼する予防接種の 種類及び回数 ※該当項目に○ (複数選択可)	<ul style="list-style-type: none"> ・ロタウイルス（ロタリックス） 1回目・2回目 ・ロタウイルス（ロタテック） 1回目・2回目・3回目 ・B型肝炎 1回目・2回目・3回目 ・小児肺炎球菌 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・ヒブ 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・四種混合 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 ・五種混合 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 ・BCG ・麻しん風しん混合 1期・2期 ・水痘 1回目・2回目 ・日本脳炎 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 ・二種混合 ・子宮頸がん（シルガード9） 1回目・2回目・3回目 ・RSウイルス（妊婦用） ・その他（ ） 			
依頼期間				
依頼する理由	<input type="checkbox"/> 出産等の理由により長期にわたり市外へ居住している。 <input type="checkbox"/> 両親が離婚調停中等の理由により市外に居住している。 <input type="checkbox"/> 市外の施設に入院・入所している。 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
依頼する 医療機関	名称			
	所在地			
接種時の 滞在先	住所	〒 ー (様方)		
	保護者	氏名： (続柄) 電話：		
	滞在期間			
※接種希望先の 市区町村へ 確認の上、記入	依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 医療機関宛	<input type="checkbox"/> 市区町村長宛	
	依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 尾道市の住所	<input type="checkbox"/> 滞在先	<input type="checkbox"/> 滞在先の市区町村役所