

## 記入例

令和●年 ● 月 ● 日

尾道市長 様

申請者

住所 尾道市●●町●●番地

氏名 尾道 花子

電話番号 000-0000-0000

※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（母）

## 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	( おのみち たろう ) 尾道 太郎	生年 月日	令和●年●月●日 (満●歳 ●か月)
	現住所	〒 000 - 0000 尾道市●●町●●番地		
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)	・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	令和●年●月～令和●年●月			
依頼する理由	<input checked="" 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	●●小児科医院		
	所在地	●●県●●市●●町●●番地		
接種時の 滞在先	住所	〒 000 - 0000 ●●県●●市●●町●●番地 ( ●● 様方)		
	保護者	氏名： 尾道 花子（続柄 母） 電話：000-0000-0000		
	滞在期間	令和●年●月～令和●年●月		
※接種希望先の 市区町村へ 確認の上、記入	依頼書の宛名	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 滞在先	<input type="checkbox"/> 滞在先の市区町村役所