様式第１号（第２条関係）

令和　　年　　月　　日

酒　田　市　長　　宛

保護者又は申請者住所　酒田市

保護者又は申請者氏名

（※16歳未満の方が接種を受ける場合は、保護者の氏名をご記入ください）

電 話 番 号

予防接種実施依頼書交付申請書（依頼）

下記の理由により、他市町村での予防接種を希望するので予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

受ける人	氏名（ふりがな）	
	生 年 月 日	平成 令和　　　年　　月　　日
滞在先		〒　　－ 住所 （　　　　　　　様方）　　　　TEL
接種希望医療機関 (医療機関名、住所)		〒　　－ 住所 医療機関名　　　　　　　TEL
依頼する予防接種 (該当するものに○をつけてください)		1　ロタウイルス　１回目　２回目　３回目 2　Ｂ型肝炎　１回目　２回目　３回目 3　小児用肺炎球菌　１回目　２回目　３回目　追加 4　５種混合　１期（　１回目　２回目　３回目　追加　）２期 5　ヒブワクチン　１　回目　２　回目　３　回目　追加 6　４　種混合　１期（　１回目　２回目　３回目　追加　）２期 7　ＢＣＧ 8　麻しん風しん混合　１期　２期 9　水痘　１　回目　２　回目 10　日本脳炎　１期（　１回目　２回目　追加　）２期 11　ＨＰＶ　１回目　２回目　３回目 12　ＲＳウイルスワクチン（母子免疫ワクチン）
滞　在　理　由		