

令和 年 月 日

酒 田 市 長 宛

申請者住所 酒田市

保護者氏名

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	ふりがな 氏 名			
	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			
滞 在 理 由				