

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"> <li>・ロタウイルス (ロタリックス) 1回目・2回目</li> <li>・ロタウイルス (ロタテック) 1回目・2回目・3回目</li> <li>・B型肝炎 1回目・2回目・3回目</li> <li>・小児肺炎球菌 初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加</li> <li>・ヒブ 初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加</li> <li>・四種混合 1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加</li> <li>・五種混合 1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加</li> <li>・BCG</li> <li>・麻しん風しん混合 1期・2期</li> <li>・水痘 1回目・2回目</li> <li>・日本脳炎 1期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期</li> <li>・二種混合</li> <li>・子宮頸がん (サーバリックス) 1回目・2回目・3回目</li> <li>・子宮頸がん (ガーダシル) 1回目・2回目・3回目</li> <li>・子宮頸がん (シルガード9) 1回目・2回目・3回目</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>		
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