

宇多津町予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

申請者

住 所

氏 名

下記のとおり、予防接種を香川県広域予防接種委託医療機関外で受けたいので、予防接種依頼書の交付を申請します。

記

被 接 種 者	住 所	香川県綾歌郡宇多津町	
	フリガナ		
	氏 名	男 ・ 女	
	生年月日・年齢	年 月 日 (歳)	
保護者氏名 ※被接種者が16歳未満の場合		続柄() 電話番号()	
予防接種の種類 (希望するものに☑)		<input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン ()回目 <input type="checkbox"/> B 型肝炎 ()回目 <input type="checkbox"/> ヒブワクチン ()回目 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 ()回目 <input type="checkbox"/> 四種混合・五種混合 第 期()回目 <input type="checkbox"/> B C G <input type="checkbox"/> HPV ワクチン ()回目 <input type="checkbox"/> RS ウイルスワクチン <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹	
申請理由		1. 里帰り出産・通学・通勤等で県外に事実上居住しているため 2. 県外の施設に入所しているため 3. その他 ()	
滞在先		〒 ー 様方 電話番号()	
滞在期間		年 月 日 ～ 年 月 日	
滞在先市区町村名または 接種予定医療機関名			