

様式第2号（第6条関係）

定期予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

日置市長 様

申請者 住所
氏名 ㊟
被接種者との続柄（ ）
連絡先

次の理由により、日置市が実施する予防接種法に基づく定期予防接種を他市区町村で受けますので、定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
接種を希望する 予防接種の種類	予防接種名		回数	回
	予防接種名		回数	回
	予防接種名		回数	回
	予防接種名		回数	回
	予防接種名		回数	回
接種予定医療機関	名 称			
	所 在 地	〒		
	電 話 番 号			
接種予定日	年 月 日～		年 月 日	
理由	1 里帰り出産			
	2 その他（ ）			
滞在先住所	〒			
	世帯主名			
依頼書の宛先	接種を受ける病院長宛 ・ 市区町村宛			
	※ 希望する予防接種が個別接種か集団接種かを接種を受ける市区町村に必ず御確認の上、依頼書の宛先を選択してください。			

備考 母子健康手帳の写しを添付してください（インフルエンザ及び肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに限る。）を除く。）。