

定期予防接種実施依頼申請書

受付者：

令和 年 月 日

砺波市長 あて

(申請者)

住所 砺波市

氏名 続柄 ()

電話

下記により、県外・県内での定期予防接種実施依頼を申請します。

記

接種対象者 氏名	フリガナ	生年 月 日	T・S・H・R 年 月 日 (歳 か月)
保護者住所 氏名	☐ 申請者と同じ 住所 氏名		
申請理由	1 里帰り出産により県内で定期予防接種の接種年齢期間中に接種を受けることができないため 2 長期入院、施設入所等により市内で定期予防接種の接種年齢期間または実施期間中に接種することができないため 3 その他 ()		
予防接種名	1 ロタ (1回・2回・3回) 2 B型肝炎 (1回・2回・3回) 3 小児の肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加) 4 5種混合 (1回・2回・3回・追加) 5 高齢者肺炎球菌 6 高齢者インフルエンザ 7 新型コロナウイルス感染症 8 帯状疱疹 9 その他 ()		
実施医療機関	〒 住 所 電話番号 医療機関名		
備考			

*事前に、保護者の方から接種を希望する医療機関に実施可能であるかご確認の上申請ください。申請後、健康センターから実施医療機関と手続きを行います。