

市外予防接種実施依頼申請書

年 月 日

豊岡市長様

申請者 〒
住所 _____

氏名 _____

(被接種者との続柄 _____)

電話番号 _____
(昼間に連絡可能な番号を記入してください)

標記のことについて、下記のとおり予防接種を受けたいので、豊岡市市外予防接種実施要綱第4条第1項の規定により次のとおり申請します。

なお、予防接種を受ける市区町村で費用を徴収される場合は、接種者及び保護者が全額負担します。

記

被接種者	ふりがな 氏名	男 女	生年 月日	年 月 日 (歳 か月)	
	住所	豊岡市				
	※未成年の場合 保護者氏名	(住所: _____)				
接種を希望する 予防接種	<input type="checkbox"/> にチェックし、接種回数を○で囲んでください					
	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回 (1・2・3) 回目、追加				
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回 (1・2・3) 回目、追加				
	<input type="checkbox"/> ロタ	(1・2) 回目、ロタテック3回目				
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	(1・2・3) 回目				
	<input type="checkbox"/> 四種混合	第1期初回 (1・2・3) 回目、追加				
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	初回 (1・2・3) 回目、追加				
	<input type="checkbox"/> BCG					
	<input type="checkbox"/> MR (麻しん風しん)	第1期、第2期				
	<input type="checkbox"/> 水痘	(1・2) 回目				
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	第1期初回 (1・2) 回目、追加、第2期				
	<input type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風	第2期				
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	(1・2・3) 回目				
	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ					
<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌						
接種を受ける 場所	依頼先 (どちらかに○)	市区町村・医療機関	市区町村			
	医療機関	所在地	〒 _____			
	名称			電話番号	_____	
滞在先	住所	〒 _____				
	氏名	様方	電話番号	_____		
市外で接種を希望する理由	<input type="checkbox"/> 上記の医療機関で継続的に治療を受けているため					
	<input type="checkbox"/> 上記の医療機関に入院中のため					
	<input type="checkbox"/> その他やむを得ない理由 具体的に記入 { _____ }					