

予防接種依頼書発行申請書

予防接種を受ける本人の氏名を記入してください。

申請日を書いてください。

申請日 △年 ○月 ×日

被接種者	氏名	ふりがな そうか たろう	草加 太郎	男	性別に○をつけてください。
	生年月日	△年○月□日(×歳)		女	
保護者	氏名	ふりがな そうか はなこ	草加 花子	日中、連絡の取りやすい電話番号をご記入ください。保護者氏名に記入した人と異なる人の場合は、被接種者との続柄もご記入ください。	
	連絡先	TEL 〇〇〇(××××)△△△△			
住所 (住民登録地)		〒〇〇〇-×××× 草加市××町〇-△-□			
滞在先 (書類送付先)		〒〇〇〇-×××× 〇〇県××市□□1-1-1		△△様方	
草加市で予防接種を受けられない理由		例1)里帰りにより本市外に居所を有するため 例2)医療管理上、かかりつけの医療機関で予防接種を受ける必要があるため 例3)その他やむを得ない事情 など			
予防接種の種類		例)ロタウイルス、インフルエンザ菌b型(Hib)、小児用肺炎球菌、 B型肝炎、四種混合、日本脳炎(1期1回目及び2回目)、 麻しん風しん混合、水痘 など			
接種予定日		△年 □月 ×日		発行に2週間程度かかるため、余裕を持った接種予定日を設定してください。	
接種予定医療機関		△ △	市 区 町 村	〇〇病院(クリニック)	
依頼 備		医療機関長宛て / 市区町村長宛て		草加市から県外の市区町村長宛て又は医療機関長宛てに発行しますので、里帰り先の市区町村にご確認いただき、○をつけてください。	

滞在先の代表者様の名字も住所と合わせてご記入ください。

草加市で予防接種を受けられない理由をご記入ください。

接種予定のものをご記入ください。

発行に2週間程度かかるため、余裕を持った接種予定日を設定してください。

予防接種を受ける予定の市区町村と病院(クリニック)名をご記入ください。