

# 定期予防接種他市依頼書発行申出書

申出年月日                      年    月    日

豊能町長    あて

申 請 者 住 所  
電 話  
氏 名  
被接種者との続柄 (                      )

下記のとおり、豊能町以外の市町村での予防接種を希望しますので依頼書の発行を申出します。

被 接 種 者	住 所	豊能町
	氏 名	
	生年月日	年            月            日生 (            歳            か月)
保 護 者	住 所	(申請者と同一の場合、記入不要です)  電話
	氏 名	
予 防 接 種 の 種 類 (希望するものに○印をつけてください)	ロタウイルス	1回目 / 2回目 / 3回目
	ヒブ	1回 / 2回 / 3回 / 追加
	小児用肺炎球菌	1回 / 2回 / 3回 / 追加
	B型肝炎	1回目 / 2回目 / 3回目
	4種混合	1回 / 2回 / 3回 / 追加    DT    2期
	BCG	
	M R	1期 / 2期
	麻しん	1期 / 2期
	風しん	1期 / 2期
	水痘	1回目 / 2回目
	日本脳炎	1回 / 2回 / 2期
	子宮頸がん予防	1回目 / 2回目 / 3回目
急性灰白髄炎 (ポリオ)	1回 / 2回 / 3回 / 追加	
予防接種を受ける場所	都 道                      市町村    医療機関名 府 県	
町外で受ける理由		
滞 在 先	住 所 〒	
	氏 名	様方
	電 話	