

飯田市県外定期予防接種実施依頼書交付申請書

飯田市長

※太枠内をご記入ください。

申請者	申請日	令和 年 月 日		
	住所	〒 飯田市		
	氏名		接種を受ける人との続柄	
	電話			

長野県外で予防接種を受けたいので、次のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

接種を受ける人	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)		
	住所	〒 飯田市		
	電話			
予防接種の種類 ※県外で接種を希望する種類にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> ヒブ感染症	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 四種混合	<input type="checkbox"/> BCG(結核)	
	<input type="checkbox"/> MR(麻しん風しん)		<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 二種混合	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	
希望する理由 ※具体的に記入してください。	例) 里帰り出産のため			
接種予定 医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号			
	医療機関 代表者名			
初回接種予定日	令和 年 月 日 ※申請日より <u>3週間以上</u> 先の日付にしてください。			
県外の滞在先 の住所	〒 (世帯主名: 様方)			
滞在期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日			
依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 接種を受ける人の住所		<input type="checkbox"/> 県外の滞在先の住所	

----- 以下、保健課記入欄 -----

受付日	令和 年 月 日	文書番号	飯保第 号	起案	令和 年 月 日
決裁	課長	課長補佐	係長	係	決裁 令和 年 月 日
					施行 令和 年 月 日

上記のとおり、依頼書の交付申請がありましたので、別紙依頼書を交付してよろしいでしょうか。