

富山市予防接種実施依頼書交付申請書

（宛先）富山市保健所長

申請者（保護者）

住所

氏名

*被接種者が18歳以上の場合は本人氏名を記入

被接種者との続柄（ ）

電話 — —

次の理由により、富山県外において予防接種を希望しますので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。（※接種の2週間前までに、申請してください）

ふりがな 被接種者氏名		
生年月日		平成・令和 年 月 日
住所		富山市
予防接種 の種類 ※希望する 予防接種を ○で囲んで ください。	定期の 予防接種	<ul style="list-style-type: none"> ・BCG ・五種混合 第1期（初回1回目・2回目・3回目・追加） ・四種混合 第1期（初回1回目・2回目・3回目・追加） ・三種混合 第1期（初回1回目・2回目・3回目・追加） ・二種混合 第2期 ・不活化ポリオ（初回1回目・2回目・3回目・追加） ・麻しん風しん混合 第1期・第2期 ・麻しん 第1期・第2期 ・風しん 第1期・第2期 ・日本脳炎 第1期（初回1回目・2回目・追加）・第2期 特例第1期（初回1回目・2回目・追加）・第2期 ・Hib（ヒブ）感染症（初回1回目・2回目・3回目・追加） ・小児の肺炎球菌感染症（初回1回目・2回目・3回目・追加） ・ヒトパピローマウイルス感染症（1回目・2回目・3回目） ・水痘（1回目・2回目） ・B型肝炎（1回目・2回目・3回目） ・ロタウイルス感染症（1回目・2回目・3回目）
滞 在 場 所 連 絡 先 （ 電 話 番 号 ）		（住所） 〒 （電話） — — 様方
滞 在 期 間		令和 年 月 日～令和 年 月 日
希望する市町村 接種医療機関名 （個別接種の場合） [希望する理由]	都・道・府・県 _____ 市・町・村 医療機関名 _____ 医療機関住所 _____ 医療機関電話番号 _____	