

令和 年 月 日

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	・ B C G ・ 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)	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 — —		
〔富山県外において 予防接種を希望する 理由〕	()		