

予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

宇治市長 あて

受付者 (代筆) _____

下記のとおり、やむを得ず他市町村において予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。

予防接種名	子宮頸がん予防ワクチン (1回目・2回目・3回目)		
ふりがな			
被接種者氏名		年 月 日	(歳)
住 所	〒 - 京都府宇治市 Tel () -		
保護者名	*被接種者が16歳未満の場合、ご記入ください。		
依頼先 市町村名	都・道・府・県	市・町・村	区
他市町村接種の理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 居住地のため <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療機関名			
滞在先住所	〒 - < 様方 > Tel () -		
接種予定日	年 月 日 予定		
<small>※決定している場合は記入してください。</small>	<small>※送付には申請から約1週間かかるため、予定日はこの点を考慮に入れて設定してください。</small>		
依頼期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
宛先と送付内容	・依頼書送付先：自宅・滞在先・その他 ()		
備考	過去に接種履歴がある方 (以下への記入をお願いします) 1回目：接種日： 年 月 日 (医療機関名：) 【サーバリックス(2価)・ガーダシル(4価)・シルガード(9価)・不明】 2回目：接種日： 年 月 日 (医療機関名：) 【サーバリックス(2価)・ガーダシル(4価)・シルガード(9価)・不明】		