

予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

郡山市長

申請者 住所
氏名

下記のとおり、市外の医療機関で予防接種を受けることを希望しますので、予防接種依頼書の交付を申請します。

記

予 防 接 種 名		風しんワクチンまたは麻しん風しん混合ワクチン
予 防 接 種 を 受 け る 者	住 所	郡山市
	電 話 番 号	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	風しん抗体価	検査方法：() 法 検査結果：() ※HI法16倍以下相当の方が対象です。 ※不明な場合は、お問い合わせください。
市外で接種する理由		
滞 在 先	住 所	郵便番号 ー 様方
	電 話 番 号	
依頼書郵送先住所		郵便番号 ー 様方
備 考		