

# 依 頼 書 交 付 申 請 書

年 月 日

郡山市保健所長

申請者 住所

氏名

下記のとおり、他市町村等で予防接種を受けることを希望しますので、予防接種依頼書の発行をお願いします。

### 記

希望の予防接種 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> （市助成）おたふく	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン <input type="checkbox"/> 五種混合ワクチン <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 日本脳炎	
接種者	住 所	郡山市		
	氏 名			
	生 年 月 日			
保護者	氏 名			
	連 絡 先			
	滞 在 理 由 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 里帰り出産のため⇒ 年 月頃戻る予定 <input type="checkbox"/> 家庭の都合で長期滞在のため <input type="checkbox"/> 震災で自主避難中のため <input type="checkbox"/> 進学のため <input type="checkbox"/> その他 ( )		
滞在先	住 所	郵便番号 ー 様方		
郵送先	住 所	郵便番号 ー 様方		
	宛 名			
接種を受ける医療機関名				