

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"/> ヒブワクチン <input type="checkbox"/> 四種混合ワクチン <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 <input type="checkbox"/> (市助成) おたふく |
| 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 | | | | |