

様式第1号（第7条関係）

美濃加茂市予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

美濃加茂市長 伊藤 誠一 宛

申請者（保護者）

住 所 美濃加茂市

氏 名

印

電話番号

岐阜県外で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

接種希望者	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	美濃加茂市
滞在先住所	〒	(様方)
滞在期間	年 月 日から	年 月 日頃まで
滞在の理由		
予防接種名 ※希望するものに <input checked="" type="checkbox"/> し、接種回数に <input type="checkbox"/> を付けて下さい	<input type="checkbox"/> ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (百日せき・ジフテリア・ 破傷風・ポリオ)	1回目・2回目・3回目・追加
	<input type="checkbox"/> BCG	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん	1期 ・2期
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1回目・2回目・追加・2期
	<input type="checkbox"/> 二種混合(DT) (ジフテリア・破傷風)	2期
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	1回目・2回目・3回目	
接種予定医療機関	医療機関名： 住 所：〒 電話番号：	

(注) 上記内容につきましては、滞在先の市町村担当部署へ情報提供させていただくことがありますのでご了承ください。