

定期予防接種町外実施依頼申請書

羅臼町長 あて

(申請者) 住所

氏名

(本人との続柄 )

電話番号

下記のとおり、申請します。

被接種者	(フリガナ) 氏名		生年月日	年 月 日
保護者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ - -
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 - 羅臼町		
依頼する予防接種 *該当する項目にチェック及び○をつけてください。	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	<input type="checkbox"/> BCG			
	<input type="checkbox"/> ヒブ(Hib)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加		
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加		
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)	2期		
	<input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合(MR)	1期・2期		
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期		
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症	1回目・2回目・3回目		
	<input type="checkbox"/> ( )			
予防接種を受ける市町村及び医療機関名	(都道府県)		(市区町村)	
	(病院・医院・診療所・施設)			
接種予定日	年 月 日(接種予定の予防接種の中で始めの接種予定日)			
町内で予防接種を受けられない理由	<input type="checkbox"/> 出産に伴う里帰りのため <input type="checkbox"/> 医師からの指示 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
滞在先住所	〒 - 様方 電話番号 ( ) - (滞在期間 年 月 日～ 年 月 日まで)			
依頼書の宛名	※滞在先の市町村にご確認の上ご記入ください <input type="checkbox"/> 市区町村 <input type="checkbox"/> 実施医療機関の長			
依頼書の受取り	<input type="checkbox"/> 窓口受取 <input type="checkbox"/> 郵送にて受取り*送付先 ( <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 滞在先市町村)			

町使用欄 <input type="checkbox"/> 許可 <input type="checkbox"/> 不許可 起案日： 年 月 日
---