

予防接種申請書 1(貝塚市民)

注)母子手帳のコピー添付のこと

平成 22年 4月 1日

貝塚市長 様

(申請者) 氏 名 貝塚 太郎

被接種者との続柄 父

予防接種の実施について下記市町村への依頼状の発行を申請いたします。

ふりがな <u>かいつか ほなこ</u> 被接種者氏名 <u>貝塚 花子</u> 男 女 生年月日:平成 22年 1月 1日 0歳 4か月
保護者氏名 <u>貝塚 太郎</u>
住 所 (〒 <u>597 -0072</u>) 貝塚市 <u>畠中1-18-8</u> 電話番号 <u>0724-33-7000</u>
申請理由 ・ 基礎疾患(疾患名:)があるため ・ アレルギー()があるため ・ 長期滞在しているため(滞在先住所: <u>〇〇県 〇〇市〇〇町〇番〇号 △△方</u>) ・ その他()
依頼する予防接種名 ・ BCG ・ <u>ポリオ(1回目)</u> 2回目) ・ 三種混合(1期初回 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) ・ 二種混合(1期初回 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期) ・ 麻しん風しん混合(1期 ・ 2期 ・ 3期 ・ 4期) ・ 麻しん単独・風しん単独(1期 ・ 2期 ・ 3期 ・ 4期) ・ 日本脳炎(1期初回 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期)
依頼先(市町村名・病院名・担当者名) <u>〇〇県〇〇市 〇〇病院</u> 接種費用(<u>相手先市負担</u> ・ 実費)
連絡先 <u>滞在先</u> 連絡可能な時間帯(<u>9 : 00 ~ 17 :00</u>) 電話番号 <u>0123(456)7890</u>
送付方法 ・窓口手渡し希望 <input checked="" type="radio"/> 郵送希望(80円切手を貼付した封筒または、80円代金預かり)

申請書受付者サイン () 母子手帳 (確認 ・ 未確認)※必ずコピーのこと	住基確認 <input type="checkbox"/>
依頼状受け渡し者サイン (/ :) 依頼状有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	