様式第２号

定期予防接種実施依頼申請書

年　　月　　日

金ケ崎町長　様

申請者
住所　金ケ崎町

氏名　　印

予防接種法第５条第１項、同法施行令第１条の３に基づく定期予防接種を当町以外で受けたいので申請いたします。

予防接種の種類 （希望の予防接種に☑し、回数を〇で囲んでください。）	☐ 五種混合１期　初回（1回目・2回目・3回目）　追加 ☐ 二種混合 ☐ 不活化ポリオ１期　初回（1回目・2回目・3回目）　追加 ☐ 麻しん風しん混合（1期・2期 ） ☐ 麻しん（1期・2期） ☐ 風しん（1期・2期） ☐ 日本脳炎１期　初回（1回目・2回目）　追加　　2期 ☐ Ｈｉｂ感染症　初回（1回目・2回目・3回目）追加 ☐ 小児の肺炎球菌感染症　初回（1回目・2回目・3回目）　追加 ☐ ヒトパピローマウイルス感染症（1回目・2回目・3回目） ☐ 結核（ＢＣＧ） ☐ 水痘（1回目・2回目） ☐ Ｂ型肝炎　初回（1回目・2回目）　追加 ☐ ロタウイルス感染症（1回目・2回目・3回目） ☐ ＲＳウイルス感染症
被接種者氏名	
生 年 月 日	年　　月　　日（　　歳　　か月）
被接種者住所	金ケ崎町 連絡先（　　－　　－　　）
保 護 者 氏 名	被接種者との続柄（　　）
予防接種実施 依頼市町村 又は医療機関	
申 請 理 由	