様式第１号（第４条関係）

定期予防接種実施依頼書交付申請書

年　　月　　日

阿波市長　様

申請者住所

氏名

（被接種者との続柄　　）

次の申請理由により、県外の自治体又は実施医療機関で予防接種を受けたいので定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	住　所	阿波市		
	ふりがな 氏 名		性　別	男　　女
	生年月日	年　　月　　日（満　　歳　　ヶ月）		
保護者氏名			電話番号	
申請理由 （○で囲んでください。）	（1）母親の里帰り出産等で予防接種の対象者が長期にわたり県外に滞在するため。 （2）疾病等により入院し、又は通院しており、健康管理上その医療機関において予防接種を受けることが適当であると認められるため。 （3）その他【　　】			
依頼する 予防接種 （○で囲んでください。）	ＢＣＧ 不活化ポリオ（1回目・2回目・3回目・4回目） ４種混合（1回目・2回目・3回目・4回目） ２種混合 麻しん風しん混合（1期・2期），　麻しん単独，　風しん単独 日本脳炎（1期1回目・2回目・追加・2期） Ｈｉｂ感染症（1回目・2回目・3回目・4回目） 小児の肺炎球菌感染症（1回目・2回目・3回目・4回目） ヒトパピローマウイルス感染症（1回目・2回目・3回目） 水痘（1回目・2回目） Ｂ型肝炎（1回目・2回目・3回目） ロタウイルス感染症（1回目･2回目･3回目）			
滞在先	住　所	〒		
	世帯主		電話番号	

※接種を受ける依頼書の送付先を滞在先の市区町村に必ず御確認の上、記入してください。

右の該当するところを○で囲んでください。	市区町村	自治体名	市区町村　　保健所・保健センター
		住　所	〒
		電話番号	
	実施 医療機関	名　称	
		住　所	〒
		電話番号	