

様式 A

ロタウイルス・おたふくかぜ予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

いわき市長 様

申請者 住所

氏名 印  
続柄 ( )

下記のとおり、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	氏名			□男 □女
	生年月日	年 月 日		
	住所	いわき市		
保護者	氏名	続柄 ( )		
	電話番号			
滞在先	住所	〒 様方		
他県医療機関で予防接種を希望する理由	<input type="checkbox"/> 病気治療中（疾患名： ）により、主治医のもとの接種が必要 <input type="checkbox"/> 家庭の事情（ ）により、3か月以上滞在のため <input type="checkbox"/> その他（ ）			
希望する期間又は月日	年 月 日から		年 月 日まで	※年度内の期間
希望するワクチン（該当する種類に☑、回数に○をつける）	<input type="checkbox"/> ロタリックス ( 1回目・2回目 ) <input type="checkbox"/> ロタテック ( 1回目・2回目・3回目 ) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ			
実施医療機関又は市町村	医療機関又は市町村名	受け入れ状況確認済 <input type="checkbox"/>		
	所在地			
	電話番号			

市記入欄

所長	次長	係長	係員	担当	備考
----	----	----	----	----	----