様式A

おたふくかぜ予防接種実施依頼書交付申請書

令和　　年　　月　　日

　いわき市長　様

申請者 住所

氏名

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。

**太枠の中をご記入ください**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | | ふりがな  氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　　（　　　歳　　　か月） |
| 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 | | | □病気治療中（疾患名：　　　　　　　　　　）により、主治医のもとの接種が必要  □家庭の事情（　　　　　　　　　　　　　　　　）により、3か月以上滞在のため  □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 |
| 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　□ |
| 所在地 | |  |
| 電話番号 | |  |

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

市記入欄