

記 入 例

第1号様式（第3条関係）

沼津市定期予防接種依頼申請書

年 月 日

（あて先）沼津市長

住 所 沼津市八幡町97番地
申 請 者 氏 名 沼津 太郎 続柄（ ）

電話番号 055-951-3480

予防接種を次の理由により、沼津市の指定医療機関以外の医療機関で受けたいので、次のとおり申請します。

- <理由> ① 沼津市の指定医療機関以外の医療機関をかかりつけ医療機関としているため
2. 里帰り出産等で、長期にわたり市外に滞在するため
3. やむを得ない理由（ ）があるため
4. その他（ ）

被接種者名	(ふりがな) 氏 名	ぬまづ はなこ 沼津 花子		性別	男・女
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 (満 〇歳)			
	住 所	沼津市八幡町97番地	電話番号	951-3480	
保護者氏名		沼津 太郎	住 所	同上	
実施依頼書送付先 *送付先が滞在先の場合には、住所・宛名をご記入ください。		<input checked="" type="checkbox"/> 住所地（住民登録のある住所） <input type="checkbox"/> 滞在先 宛名： 様方 滞在先の住所：〒			
予防接種の種類 *接種を希望するものに○をご記入ください。		・ロタ：1回目・2回目・3回目 ・ヒブ：初回（1回目・2回目・3回目・追加） ・小児肺炎球菌：初回（1回目・2回目・3回目・追加） ・B型肝炎：1回目・2回目・3回目 ・四種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 ・BCG ・MR：1期・2期 ・水痘：1回目・2回目 ・日本脳炎：1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 ・2種混合 ・子宮頸がんワクチン：1回目・2回目・3回目 ・インフルエンザ ・高齢者肺炎球菌			
接種医療機関名		●●クリニック			
住 所		〒〇〇〇-〇〇〇 ■■県〇〇市1234番地			
電 話 番 号		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	その他		

《沼津市記入欄》

確 認 欄		
住 民 登 録	有・無	
そ の 他 （ 特 記 事 項 ）	無・有	
依 頼 書 交 付	済	年 月 日（担当： ）

