

年 月 日

甲佐町予防接種実施依頼交付申請書（A類疾病用）

甲佐町長 様

申請者 住所 〒

氏名

（被接種者との続柄： ）

電話番号

下記について、甲佐町が実施する予防接種法に基づく予防接種を、甲佐町が委託している医療機関以外で接種することを希望しますので、依頼書の交付を申請します。

記

被接種者 (予防接種を受ける人)	住所	〒			
	(ふりがな)				
	氏名				
	生年月日				
予防接種の種類 (交付希望のものに☑)	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 初回 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	五種混合	<input type="checkbox"/> 初回 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	二種混合	<input type="checkbox"/> 2期			
	BCG	<input type="checkbox"/>			
	麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期		
	水痘	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 初回 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 1期追加	<input type="checkbox"/> 2期
	HPV (子宮頸がん予防)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
	RSウイルス	<input type="checkbox"/>			
その他	()				
接種を希望する市町村名 又は医療機関名称		(医療機関所在地)			
委託医療機関で 接種できない理由					

