

年 月 日

湯 沢 市 長 様

申請者 住 所

氏 名

秋田県外において定期予防接種を希望しますので、予防接種依頼書の交付を申請します

被接種者	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日 (満 才 ヶ月)
滞 在 先 住 所	〒 世帯主 様方 電話番号 — — (日中連絡のとれる番号) 電話に出られる方(母・父・その他)	
予 防 接 種 実 施 依 頼 書 発 行 理 由	1. 保護者の出産等による里帰りのため 2. 県外の病院へ入院、入所しているため 3. その他 ()	
希 望 す る 予 防 接 種 (希望するものに○ をつけてください)	五種混合 1期(1回目・2回目・3回目)・1期追加 四種混合 1期(1回目・2回目・3回目)・1期追加 三種混合 1期(1回目・2回目・3回目)・1期追加 二種混合 2期 ポリオ 初回免疫(1回目・2回目・3回目)・追加免疫 麻しん風しん混合 1期・2期 麻しん 1期・2期 風しん 1期・2期 日本脳炎 1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期 BCG ヒブ 初回免疫(1回目・2回目・3回目)・追加免疫 小児用肺炎球菌 初回免疫(1回目・2回目・3回目)・追加免疫 ヒパヒローウイルス 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 1回目・2回目・3回目(ロタテックのみ)	
依 頼 書 宛 先	1. 滞在先市町村長あて 2. 医療機関あて(医療機関名:)	
依 頼 書 送 付 先	1. 湯沢市住所 2. 滞在地住所 3. 滞在先自治体(部署名: 住所:)	

