

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 二種混合 2期 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°ピ°ロ°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: _____)	