

様式第1号（第6条関係）

美濃加茂市予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号  
被接種者との続柄

岐阜県外で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

接種対象者	フリガナ 氏 名		
	生年月日	年 月 日	( 歳)
	住 所	岐阜県美濃加茂市	
滞在先住所	〒	( 様方)	
滞在期間	年 月 日から	年 月 日頃まで	
滞在の理由			
定期予防接種 の対象疾病  ※希望するものに <input checked="" type="checkbox"/> し、接種回数に <input type="checkbox"/> を付けて下さい	<input type="checkbox"/> Hib感染症	1回目・2回目・3回目・追加	
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	1回目・2回目・3回目・追加	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV)	1回目・2回目・3回目・追加	
	<input type="checkbox"/> 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1回目・2回目・3回目・追加	
	<input type="checkbox"/> 結核 (BCG)		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん	第1期 ・ 第2期	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1回目・2回目・追加・2期	
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)	2期	
	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症 (HPV)	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症
接種予定医療機関	医療機関名： 住 所：〒  電話番号：		

(注) 上記内容につきましては、滞在先の市町村担当部署へ情報提供させていただくことがありますのでご了承ください。