

飯田市県外定期予防接種実施依頼書交付申請書

飯田市長

※太枠内をご記入ください。

申請者	申請日	令和 年 月 日		
	住所	〒 ー 飯田市		
	氏名		接種を受ける人との続柄	
	電話			

長野県外で予防接種を受けたいので、次のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

接種を受ける人	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日 (歳 か月)
	住所	〒 飯田市		
	電話			
予防接種の種類 ※県外で接種を希望する種類と回数にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種		
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症	ロタリックス	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	
		ロタテック	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	
	<input type="checkbox"/> 五種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加接種		
	<input type="checkbox"/> BCG (結核)			
	<input type="checkbox"/> ヒブ感染症			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR)	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期		
	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加接種 <input type="checkbox"/> 2期		
	<input type="checkbox"/> 二種混合			
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目		
<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 (母子免疫ワクチン)				
希望する理由 ※具体的に記入してください	例) 里帰り出産のため			
接種予定医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号			
	医療機関代表者名			
初回接種予定日	令和 年 月 日	※申請日より <u>3週間以上先</u> の日付にしてください。		
県外の滞在先の住所	〒 ー (世帯主名: 様方)			
滞在期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	
依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 接種を受ける人の住所		<input type="checkbox"/> 県外の滞在先の住所	