

様式第1号（要綱第4条関係）

任意予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請者 住所

氏名

電話

被接種者との続柄 ☐ 本人
☐ 家族（ ）
☐ 後見人

次の理由により佐野市で実施する予防接種を受けることができません。

つきましては、次のとおり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。

理 由				
接 種 を 希 望 す る 医 療 機 関	医 療 機 関 名			
	住 所			
被 接 種 者	住 所	☐ 申請者と同じ		
	フ リ ガ ナ		性 別	男・女
	氏 名	☐ 申請者と同じ		
	生 年 月 日	年 月 日（満 歳）		
予 防 接 種 の 種類	☐ 帯状疱疹（生ワクチン） ☐ 帯状疱疹（不活化ワクチン） （ ☐ 1回目 ☐ 2回目） ☐ おたふくかぜ （ ☐ 1回目 ☐ 2回目） ☐ 小児インフルエンザ（生後6月～13歳未満） （ ☐ 1回目 ☐ 2回目） ☐ 小児インフルエンザ（13歳～中学校3年生相当） ☐ 小児インフルエンザ（フルミスト）（2歳～中学校3年生相当） ※インフルエンザの接種期間は10月～翌年3月末まで			

備考 該当する□に✓を記入してください。

《記入例》

様式第1号（要綱第4条関係）

任意予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請者 住所
氏名
電話
被接種者との続柄 ☐ 本人
☐ 家族（ ）
☐ 後見人

被接種者がお子様の場合は
保護者の名前を書いてください

次の理由により佐野市で実施する予防接種を受けることができません。
つきましては、次のとおり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。

理 由	【例】 ・〇〇の疾患により通院中であるため ・〇〇でかかりつけのため		
接 種 を 希 望 す る 医 療 機 関	医 療 機 関 名		
	住 所		
被 接 種 者	住 所	☐ 申請者と同じ	
	フリガナ		
	氏 名	☐ 申請者と同じ	
	生 年 月 日	年 月 日（満 歳）	
予 防 接 種 の 種 類	☐ 帯状疱疹（生ワクチン） ☐ 帯状疱疹（不活化ワクチン） （ ☐ 1回目 ☐ 2回目） ☐ おたふくかぜ （ ☐ 1回目 ☐ 2回目） ☐ 小児インフルエンザ（生後6月～13歳未満） （ ☐ 1回目 ☐ 2回目） ☐ 小児インフルエンザ（13歳～中学校3年生相当） ☐ 小児インフルエンザ（フルミスト）（2歳～中学校3年生相当） ※インフルエンザの接種期間は10月～翌年3月末まで		

医療機関の所在地も記入してください

- ・県内は〇市
- ・県外は〇県〇市〇〇番地

備考 該当する□に✓を記入してください。