

様式第1号（要綱第5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

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	フリガナ			
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	性別	男・女
	生年月日	年 月 日（満 歳）		
予 防 接 種 の 種類	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹（生ワクチン） <input type="checkbox"/> 帯状疱疹（不活化ワクチン） （ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目） <input type="checkbox"/> おたふくかぜ （ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目） <input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ（生後6月～13歳未満） （ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目） <input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ（13歳～中学3年生相当）			

備考 該当する□に✓を記入してください。