

茨城町長宛

申請者

住 所 〒311-3131

茨城町小堤○一△

氏 名 茨城 太郎

（被接種者との続柄 父 ）

予防接種実施依頼書交付申請書

下記のとおり、予防接種を受けたいので予防接種依頼書の交付を申請します。

予防接種名		ヒブ 初回 1回目, 2回目 小児用肺炎球菌 初回 1回目, 2回目 4種混合 第1期 初回 1回目		← 希望する予防接種名及び回数を記入してください	
被接種者	住 所	〒311-3131 茨城町小堤○一△			
	フリガナ 氏 名	茨城 花子			
	生年月日	平成 26年 ○月 ○日	性別	男	女
	電話番号	029 (〇〇〇) 〇〇〇〇			
保護者氏名		茨城 太郎			
滞 在 先	住 所	〒	← 里帰りの場合、里帰り先の住所・電話番号を記入してください 自宅の場合には記入の必要はありません		様方
	電話番号				
実 施 医 療 機 関	医療機関名				
	所在地	〒	← 接種希望の医療機関名、所在地 電話番号を記入してください		
	電話番号				
依頼期間		年 月 日 から 年 月 日 まで			
郵送先		(1) 自宅 (2) 滞在先 (3) その他 〒		← 予防接種依頼書送付希望先に○をつけ その他の場合のみ送付先を記入してください	
申請理由		里帰り中に予防接種を希望するため かかりつけ医での接種を希望するため			