

坂出市県外予防接種依頼申請書

年 月 日

坂出市長殿

申請者 住所 _____

氏名 _____ (印)

被接種者との続柄 _____

連絡先 _____

次のとおり坂出市が実施する予防接種法に基づく予防接種を県外で受けますので、予防接種依頼書の発行を申請します。

被 接 種 者 (予 防 接 種 を 受 け る 人)	住 所	〒
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	
予 防 接 種 の 種 類 (交 付 希 望 の も の に ○)	1. ロタウイルス（1回・2回・3回）	
	2. ヒブ（1回・2回・3回・追加）	
	3. 小児用肺炎球菌（1回・2回・3回・追加）	
	4. B型肝炎（1回・2回・3回）	
	5. 四種混合（1回・2回・3回・追加）	
	6. 高齢者インフルエンザ	
	7. 高齢者肺炎球菌	
	8. その他（ ）	
接 種 希 望 医 療 機 関	名 称	(電話： - -)
	所 在 地	〒
滞在先住所 (送付先)		〒 (様方) (電話： - -)
滞在期間		年 月 日から 年 月 日まで
坂出市で接種できない理由		
依頼書の宛名※市記入		県外市町村長名 ・ 県外医療機関名