

様式第1号（第4条関係）

坂出市予防接種依頼申請書

年 月 日

坂出市長殿

申請者 住所 _____

氏名 _____

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委託医療機関以外の医療機関で受けますので、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. 小児用肺炎球菌（1回・2回・3回・追加） 3. B型肝炎（1回・2回・3回） 4. 五種混合（1回・2回・3回・追加） 5. RSウイルス 6. 高齢者インフルエンザ 7. 高齢者肺炎球菌 8. 新型コロナウイルスワクチン予防接種 9. 帯状疱疹 10. 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		