

野洲市県外予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

野洲市長 様

申請者住所 野洲市

氏名

（被接種者との関係）

下記のとおり、野洲市予防接種実施要綱に基づき野洲市が実施する予防接種を滋賀県外で受けたいので、野洲市県外予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被 接 種 者	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日生 男・女
保 護 者 名	
住 所	電話
滞 在 先 住 所	電話
実 施 医 療 機 関 名 所 在 地	電話
野洲市で予防接種が 受けられない理由	<input type="checkbox"/> 里帰りのため <input type="checkbox"/> 児が県外での医療機関管理中のため <input type="checkbox"/> その他（ ）
予 防 接 種 の 種 類 （ 予防接種の種類ごとの 依頼書の交付希望 はい・いいえ ）	<input type="checkbox"/> 4種混合（ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎）
	<input type="checkbox"/> 3種混合（ジフテリア、百日せき、破傷風）
	<input type="checkbox"/> 2種混合（ジフテリア、破傷風）
	<input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎
	<input type="checkbox"/> BCG結核
	<input type="checkbox"/> Hib感染症
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症
	<input type="checkbox"/> B型肝炎
	<input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん（MR）混合
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎
	<input type="checkbox"/> 水痘
	<input type="checkbox"/> 麻しん
	<input type="checkbox"/> 風しん
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症	
依 頼 書 の 送 付 先	野洲市の住所・滞在先の住所