様式第1号(第4条関係)

**三股町　予防接種実施依頼書交付申請書**

三股町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申 請 日　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

申請者　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　続柄( )

生年月日　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

電話番号　　　　　　－　　　　　　－

　三股町で実施する予防接種を、下記の理由により三股町委託医療機関外で接種したいため、下記のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者(予防接種を受ける人) | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | □　申請者と同じ |
| 予防接種の種類  （接種を希望するものに  ☑をつけてください） | | ロタウイルス　　□ 1回目　　□ 2回目　　□ 3回目  Hib感染症　　　□ 1回目　　□ 2回目　　□ 3回目　　□ 追加  小児肺炎球菌　　□ 1回目　　□ 2回目　　□ 3回目　　□ 追加  B型肝炎　　　　□ 1回目　　□ 2回目　　□ 3回目  四種混合　　　　□ 1回目　　□ 2回目　　□ 3回目　 　□ 1期追加  日本脳炎　　　　□ 1期初回(1回)　　□ 1期初回(2回)　　□ 1期追加  MR混合ワクチン □ 第1期　　□ 第2期  水痘　 □ 1回目　　□ 2回目　 □ BCG  子宮頸がんワクチン（HPV）　1回目　　□ 2回目　　□ 3回目  その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保護者氏名 | | □　申請者と同じ |
| 滞在先住所 | | （　　　　）様方 |
| 申請理由 | |  |

様式第1号(第4条関係)

❁　記入例　❁

**三股町　予防接種実施依頼書交付申請書**

三股町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申 請 日　　　　　　　　　　　　　　●年　　●月　　●日

申請者　住　　所　三股町大字樺山××××-×

氏　　名　三股　花子　　　　　　㊞　続柄( 母 )

生年月日　　　　　　　　　　●年　　●月　　●日

電話番号　●●●　－　●●●●　－　●●●●

　三股町で実施する予防接種を、下記の理由により三股町委託医療機関外で接種したいため、下記のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者(予防接種を受ける人) | ふりがな | みまた　たろう |
| 氏名 | 三股　太郎 |
| 生年月日 | ●年　　●月　　●日 |
| 住所 | ☑　申請者と同じ |
| 予防接種の種類  （接種を希望するものに  ☑をつけてください） | | ロタウイルス　　□ 1回目　　□ 2回目　　□ 3回目  Hib感染症　　　□ 1回目　　□ 2回目　　□ 3回目　　□ 追加  小児肺炎球菌　　□ 1回目　　□ 2回目　　□ 3回目　　□ 追加  B型肝炎　　　　□ 1回目　　□ 2回目　　□ 3回目  四種混合　　　　□ 1回目　　□ 2回目　　□ 3回目　 　□ 1期追加  日本脳炎　　　　□ 1期初回(1回)　　□ 1期初回(2回)　　□ 1期追加  MR混合ワクチン □ 第1期　　□ 第2期  水痘　 □ 1回目　　□ 2回目　 □ BCG  子宮頸がんワクチン（HPV）　1回目　　□ 2回目　　□ 3回目  その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保護者氏名 | | ☑　申請者と同じ |
| 滞在先住所 | | 〇〇県〇〇市〇〇　××-×  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　樺山　）様方 |
| 申請理由 | | 里帰りの為 |

※　記入された情報をもとに、町が「予防接種実施依頼書」を作成し、ご自宅や里帰り先に郵送します。

　　予防接種に行く際には、「予防接種実施依頼書」を忘れずに持っていってください。