予　防　接　種　依　頼　書　申　請　書

年　　月　　日

大津市長　様

大津市で実施の予防接種が下記の事情で受けられませんので、他市町村への依頼書の交付を申請いたします。

申請者　　住所

氏名

（接種を受けようとする者との続柄　　）

電話

接種を受けようとする者の住所・氏名・生年月日	住　　所　：　大津市 氏　　名　： 生年月日　：　　年　　月　　日生
予防接種の種類	□ヒブ　１回目・２回目・３回目・追加接種 □小児用肺炎球菌　１回目・２回目・３回目・追加接種 □Ｂ型肝炎　１回目・２回目・３回目 □ロタ（ロタリックス・ロタテック）　１回目　２回目　３回目 □四種混合　１期１回目・２回目・３回目・追加接種 □ＢＣＧ　　□麻しん風しん混合　１期・２期 □水痘　１回目・２回目 □日本脳炎　１期１回目・２回目・追加接種・２期 □二種混合　　□子宮頸がん予防　１回目・２回目・３回目
	依頼文は予防接種毎に必要ですか？　はい　・　いいえ
予防接種を受ける市町村と医療機関名	市町村名 医療機関名
依頼先	□市区町村長　　□医療機関の長
接種予定日	令和　　年　　月　　日
現在滞在している場所 住所 電話	〒 住所 電話
依頼書の送付先	大津市の住所　・　滞在先の住所　（　　様方）
本市で予防接種が受けられない理由	□かかりつけ医のため　　□滞在地で接種するため □その他（　　）