

令和 年 月 日

南あわじ市長 様

住所

氏名 (続柄 )

電話番号 ( ) -

定期予防接種の他市医療機関への依頼書提出について(お願い)

下記の者、都合により定期の予防接種を南あわじ市にて接種することができません。  
つきましては、下記接種医療機関において接種を受けたいと思いますので、貴市依頼書を  
医療機関宛に送付くださいますようお願いいたします。

記

|                            |       |  |
|----------------------------|-------|--|
| 被接種者                       | 住 所   | 南あわじ市  |
|                            | 氏 名   | (男・女)  |
|                            | 生年月日  | 年 月 日生 (満 歳 か月)  |
| 滞在先                        | 住 所   |  |
|                            | 連絡先   |  |
| 受ける<br>予防接種の種類             |       | <ul style="list-style-type: none"><li>・ ヒブワクチン 1回目・2回目・3回目・追加</li><li>・ 小児用肺炎球菌ワクチン 1回目・2回目・3回目・追加</li><li>・ BCG</li><li>・ B型肝炎 1回目・2回目・3回目</li><li>・ 四種混合 第1期初回(1回目・2回目・3回目) 第1期追加</li><li>・ 二種混合</li><li>・ 麻しん風しん 第1期 ・ 第2期</li><li>・ 麻しん 第1期 ・ 第2期</li><li>・ 風しん 第1期 ・ 第2期</li><li>・ 水ぼうそう 1回目 ・ 2回目</li><li>・ 日本脳炎 1期初回(1回目・2回目) 1期追加 ・ 2期</li><li>・ 子宮頸がん予防ワクチン 1回目・2回目・3回目</li><li>・ ロタウイルスワクチン 1回目・2回目・3回目</li><li>・ 高齢者インフルエンザ</li><li>・ 高齢者肺炎球菌</li></ul> |
| 接種希望日                      |       | 令和 年 月 日   |
| 接種<br>医療機関                 | 住 所   |  |
|                            | 医療機関名 |  |
| 他市医療機関で<br>予防接種を希望する理<br>由 |       |  |