様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

　（あて先）九度山町長　様

予防接種依頼申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  (保護者等) | 氏 名 |  | 被接種者との続柄 |  |
|  | 住 所 | 和歌山県伊都郡九度山町 | | |

　私（保護者等）は、予防接種の接種方法及び副反応等について説明書をよく読み理解しましたので、下記のとおり予防接種の依頼をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | |  | | | |
| 被接種者 | 住　所 | 〒　　　－ | | | |
| 和歌山県伊都郡九度山町 | | | |
| 電話：　　　（　　　） | | | |
| (ふりがな) |  | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 生 | | | |
| 依頼先 | 市区町村名 |  | | | |
| 医療機関等名及び所在地 |  | | | |
| 滞在地住所 | | 〒　　　－ | | | |
|  | | | |
| 方 | 電話：　　　（　　　） | | |
| 依頼理由 | | １．かかりつけ医療機関が、県外の医療機関であるため | | | |
| ２．県外に滞在し、受託医療機関で接種することが困難なため。 | | | |
| ３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

※　申請者欄には、被接種者の保護者等氏名を記載し、高齢者ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ･肺炎球菌の場合は、被接種者の氏名を記載してください。