

年 月 日

甲斐市長様

住 所 甲斐市

保護者氏名

## 甲斐市外での予防接種の接種申請について

このことについて、下記の理由により申請します。

### 記

1. 被接種者名

氏 名 :

生年月日 :

住 所 : 甲斐市

2. 接種を希望する医療機関名及び医師名 (集団接種の場合は市町村名)

医療機関住所

〒

医療機関名

TEL

3. 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)

ヒブ	小児肺炎球菌	B型肝炎	ロタウイルス	四種混合
BCG	麻しん・風しん混合	水痘	日本脳炎	2種混合
子宮頸がん				

4. 甲斐市で予防接種ができない理由

5. 連絡先 (滞在先)

住所 〒

様方

TEL

備 考 ( 相互乗り入れ : 有 ・ (無) )