

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))