

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	
5種混合	4種混合	2種混合	BCG	麻しん・風しん混合
水痘	日本脳炎	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 ）