

(あて先) 狭 山 市 長

申請者 住所

氏名

被接種者との続柄

電話番号

狭 山 市 予 防 接 種 実 施 依 頼 書 交 付 申 請 書

狭山市で実施する予防接種を以下の理由により受けることができないため、滞在地（医療機関）で接種が受けられるよう、依頼書の交付を申請いたします。

被接種者	フリガナ		
	氏名		
住 所	〒 □申請者と同じ 狭山市		
	電話番号	《市記入欄》 住基確認	
生年月日	年 月 日 (歳 か月)		
保護者氏名	□申請者と同じ □申請者以外の場合 (氏名)		
滞在先	〒 □申請者と同じ (様方)		
	電話番号		
滞在期間	年 月 日まで		
接種予定 医療機関	医療機関名		
	住所		
	電話番号		
依頼書の宛名	□医療機関宛 □市町村長宛 □その他()		
依頼書の送付先	□狭山市の住所地 □滞在先 □その他()		
申請理由	□里帰り出産 □市外の医療機関に入院又は通院 □その他()		
予防接種の種類	□ロタウイルス	1回目・2回目・3回目	
	□ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加	
	□小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加	
	□B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	□4種混合	1回目・2回目・3回目・追加	
	□5種混合	1回目・2回目・3回目・追加	
	□BCG		
	□不活化ポリオ	1回目・2回目・3回目・追加	
	□麻しん風しん混合	第1期・第2期	
	□水痘	1回目・2回目	
	□日本脳炎	第1期 (1回目・2回目・追加)・第2期	
	□2種混合		
□ヒトパピローマウイルス (HPV)	1回目・2回目・3回目		