様式第1号(第4条関係)　　年　　月　　日

定期予防接種実施依頼書発行申請書

北島町長　殿

申請者
住所　北島町　　字
氏名　　印
(被接種者との続柄：　　)
電話

次の理由により、北島町が実施する予防接種法に基づく予防接種を委託医療機関以外で受けますので依頼書を交付していただきますよう申請します。

被接種者	住　所	北島町　　字
	ふりがな 氏　名	
	生年月日	年　　月　　日生(満　　歳　　カ月)
申請理由 (※○で囲んで下さい。)	(1)　基礎疾患をお持ちで、委託医療機関以外のかかりつけ医で予防接種を受けることが望ましいため (2)　病気等の理由により入院又は入所しており、委託医療機関で予防接種を受けることが困難なため (3)　保護者の方が出産、妊娠、疾病等やむを得ない理由により、県外に帰省または居住しており、委託医療機関で予防接種を受けることが困難なため (4)　その他【　　】	
滞在先住所 (※あれば方書きまで記入)	〒 電話番号	
依頼書の 送付先住所	〒	
依頼書の 宛名	市町村長宛　・　接種医療機関宛　※確認して、どちらかを○で囲んでください。	
接種を受ける市区 町村及び病院名	県　　市区町村　　病院	
予防接種の 種類 (※○で囲んで 下さい)	・BCG ・不活化ポリオワクチン　(1回目・2回目・3回目・4回目) ・四種混合　(1回目・2回目・3回目・4回目) ・三種混合　(1回目・2回目・3回目・4回目) ・二種混合 ・Hib感染症　(1回目・2回目・3回目・4回目) ・小児の肺炎球菌感染症　(1回目・2回目・3回目・4回目) ・麻しん風しん混合　(1期・2期) ・日本脳炎第1期　(1回目・2回目・追加) ・日本脳炎第2期 ・ヒトパピローマウィルス感染症　(1回目・2回目・3回目) ・水痘　(1回目・2回目) ・B型肝炎　(1回目・2回目・3回目) ・ロタウイルス感染症　(1回目・2回目・3回目) ・インフルエンザ	
インフルエンザの予防接種以外の方は、下記の保護者覧もご記入ください。(申請者と同一の場合は、記入不要です)		
保護者　住所		
保護者　名前		

※「依頼書の送付先」「依頼書の宛名」は、予防接種を受ける市町村の予防接種を担当する部署に確認してください。