

依頼書発行願

令和 年 月 日

米子市長様

申請者氏名 (印)

(続柄)

※申請者氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。

下記のとおり、予防接種依頼書の発行を依頼します。

住民票に記載のある住所	〒 ー 米子市 Tel ー ー	
氏名		
生年月日	平成・令和 年 月 日	
保護者氏名		
予防接種の種類 該当するものに ○印をつけてください	ロタウイルス	1価：1回目、2回目 ----- 5価：1回目、2回目、3回目
	五種混合	1期初回（1回目、2回目、3回目）・1期追加
	小児用肺炎球菌	初回（1回目、2回目、3回目） ・追加
	B型肝炎	1回目、2回目、3回目
	BCG	1回
	水痘	1回目、2回目
	麻しん風しん混合	1期、2期
	日本脳炎	1期初回（1回目、2回目）・1期追加・2期
	二種混合	1回
	子宮頸がん（HPV） その他（ ）	1回目、2回目、3回目
接種場所	住所： 医療機関名： Tel ー ー	
滞在先	〒 ー ※滞在期間（ / ～ / まで） (様方) Tel ー ー	
依頼理由	市外医療機関で接種しなければならない理由を詳しくお書きください。	

【今までに予防接種を受けたことがある方】

母子健康手帳（「出生届出済証明」と「予防接種の記録」のすべてのページ）等予防接種の記録が確認できる書類の写しを添付してください。