

中川村県外予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

中川村長

申請者 住所 中川村

氏名 (印)

(被接種者との続柄)

電話番号

下記の理由により長野県外の医療機関での予防接種を希望しますので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	住所	中川村	
	ふりがな 氏名		
	生年月日		
滞在先の居所 及び連絡先	居所	(様方)	
	連絡先		
滞在の理由	<input type="checkbox"/> 保護者の里帰り出産のため <input type="checkbox"/> 高校・大学等に在籍中のため <input type="checkbox"/> 医療機関に長期入院等をしているため <input type="checkbox"/> その他 ()		
滞在期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
予防接種の種類 (希望する種類、 回数を○してください)	<ul style="list-style-type: none"> ・五種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) ・ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加) ・四種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) ・小児肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) ・B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) ・ロタウイルス (1回目・2回目・3回目) ・BCG (1期・2期) ・麻疹風しん ・水痘 (1回目・2回目) ・二種混合 (DT) ・日本脳炎 (1期1回目・1期2回目・1期追加・2期) ・子宮頸がん (1回目・2回目・3回目) ・高齢者肺炎球菌 ・高齢者インフルエンザ ・新型コロナウイルス ・その他 () 		
接種医療機関名			

※ 依頼書の送付先 中川村の住所 滞在先の居所