

第1号様式（第3条関係）

沼津市定期予防接種依頼申請書

年 月 日

（あて先）沼津市長

申請者 住所氏名 続柄（ ）
電話番号

予防接種を次の理由により、沼津市の指定医療機関以外の医療機関で受けたいので、次のとおり申請します。

- <理由> 1. 沼津市の指定医療機関以外の医療機関をかかりつけ医療機関としているため
2. 里帰り出産等で、長期にわたり市外に滞在するため
3. やむを得ない理由（ ）があるため
4. その他（ ）

被接種者名	(ふりがな) 氏名			性別	男・女
	生年月日	年 月 日 (満 歳)			
	住 所	沼津市	電話番号		
保護者氏名				住 所	
実施依頼書送付先 *送付先が滞在先の場合には、住所・宛名をご記入ください。		<input type="checkbox"/> 住所地（住民登録のある住所） <input type="checkbox"/> 滞在先 宛名： 様方 滞在先の住所：〒			
予防接種の種類 *接種を希望するものに○をご記入ください。		・ロタ：1回目・2回目・3回目 ・ヒブ：初回（1回目・2回目・3回目・追加） ・小児肺炎球菌：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 ・四種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 ・BCG ・MR：1期・2期 ・水痘：1回目・2回目 ・日本脳炎：1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 ・2種混合 ・子宮頸がんワクチン：1回目・2回目・3回目 ・インフルエンザ ・高齢者肺炎球菌			
接種医療機関名					
住 所		〒			
電 話 番 号				その他	

<<沼津市記入欄>>

確 認 欄		
住 民 登 録	有・無	
そ の 他 （ 特 記 事 項 ）	無・有	
依 頼 書 交 付	済	年 月 日（担当： ）