

様式第2号（第5条関係）

課長	課長補佐	G L	グループ

発送日
()

受付印

・下記の者について、別紙予防接種依頼書を交付してよいか伺います。

予防接種依頼等申請書

令和 ○○年 ▲▲月 ■■日

下野市長 様

申請者住所 下野市笹原26番地

氏名 下野 太郎

(子どもの場合) 被接種者との続柄 父 電話 090-9999-9999

予防接種を希望しますので、予防接種依頼書を交付して下さるようお願いいたします。

被接種者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ 〒 下野市 (電話)		
	フリガナ	シモツケ キララ	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
	氏名	下野 きらら	生年月日	令和○年 ■■月 ○○日 (■■ 歳 ▲ 月)

保護者氏名
(子どもの場合) 下野 太郎

予防接種の種類	区分	必要な予診票	接種予定日
MR (麻しん風しん混合)	第1期 (令和4年4月2日 ~ 令和5年4月1日生まれの方) 第2期 (平成30年4月2日 ~ 平成31年4月1日生まれの方)	1 部	令和 ○○年 ▲▲月 ■■日頃 <input type="checkbox"/> 未定
その他 ()	第5期 (昭和37年4月2日 ~ 昭和54年4月1日生まれの男性で令和6年度末までに抗体検査を実施した結果、風しんの抗体が不十分であった方)		

◎ 依頼先 () 都道府県 () 市区町村長 医療機関 (次のとおり)
※依頼先は、滞在先の自治体にお問い合わせください。

医療機関等	所在地	〒000-0000 下野市○○○ ▲▲番地■■■
	名称	カンピ子どもクリニック

申請理由 災害、ワクチンの大幅な供給不足等

一時滞在地	〒 (滞在期間) (電話)
-------	--------------------

送付先 申請者住所 ・ 被接種者住所 ・ 一時滞在地 (様方)