（様式第１号）

予防接種依頼書発行申請書

申請日　平成　　年　　月　　日

市・町・村長　様

申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

希望予防接種　該当する予防接種（期、もしくは回数がある場合はその箇所にも）に○をしてください。
依頼書の有効期限は６ヶ月間です。６ヶ月間で接種できるもののみ○をしてください。

（乳）・BCG　　・三種混合１期初回【１回目　２回目　３回目】　１期追加
・ポリオ【１回目　２回目】　　・MR(麻疹・風疹混合)　**１期　２期**
・麻しん単独　**１期　２期**　　・風しん単独　**１期　２期**
・日本脳炎１期初回【１回目　２回目】　１期追加
（学）・二種混合２期　　・日本脳炎２期　・MR(麻疹・風疹混合)　**３期　４期**
・麻しん単独　**３期　４期**　　・風しん単独　**３期　４期**
（高）・インフルエンザ

被接種者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生 年 月 日　明治　大正　昭和　平成　　年　　月　　日

浜田市の住所　浜田市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
Ｔ　Ｅ　Ｌ　　（　　－　　－　　）

保 護 者 氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申 請 事 由 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

滞 在 先 住 所　〒
(あれば方書きまで記入) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
Ｔ　Ｅ　Ｌ　　（　　－　　－　　）

接種を受ける市区町村及び病院名　県　市区町村　病院

依頼書の送付先住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

依頼書の宛先　（　市区町村長あて　・　接種を受ける病院長あて　）
（必ず接種を受ける市区町村にご確認のうえ、どちらかに○をしてください）

接種を受ける市町村にて接種料金を徴収される場合がありますので、事前にご確認ください。
また、浜田市からの接種料金の補助はございませんのでご了承ください。
依頼書を郵送で受け取り希望の場合は、返信用封筒（宛先を記入し、80 円切手貼付）を同封の上、地域医療対策課まで送付してください。〒697-8501　浜田市殿町１　　浜田市役所　地域医療対策課