

様式第1号(第3条関係)

定期予防接種依頼書交付申請書

豊後大野市長 様

年 月 日

申請者 住 所 豊後大野市

氏 名



電話番号

対象者との続柄

豊後大野市長の実施する定期の予防接種を委託医療機関以外の医療機関で受けたいので、依頼書の交付を申請します。

記

【申請者記入欄】

対 象 者	住 所	豊後大野市
	氏 名	
	生年月日	年 月 日(歳)
予 防 接 種 名	1 四種混合 2 三種混合 3 二種混合 4 ポリオ 5 麻しん 6 風しん 7 MR混合 8 日本脳炎 9 BCG 10 ヒブ 11 小児用肺炎球菌 12 子宮頸がん予防 13 水痘 14 B型肝炎 15 ロタウイルス	
県内の委託医療機関で接種ができない理由		