

(県外用)

令和8年度 香芝市小児定期予防接種 相互乗り入れ依頼書交付願

申請日 令和 年 月 日

香芝市長 様

被接種者は、下記のとおり希望の予防接種の対象条件に該当することを誓い、奈良県以外での定期予防接種を希望しますので、相互乗り入れ依頼書の交付を申請します。

記

申請者	氏名	(続柄)		
	住所		Tel	
被接種者	フリガナ			
	氏名	(男 ・ 女)		
	生年月日	平成・令和 年 月 日 (満 歳 か月)	(ロタを希望の場合、出生 週 日後)	
	住所	香芝市	Tel	
保護者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	*申請者と違う場合、右に氏名をご記入ください。	
県外で接種する理由				
接種を希望する医療機関の所在地と名前	住所	〒		
	名称			

予防接種の種類 *希望のものを 内に○印、() 内の回数にも ○印をつけてください。

<input type="checkbox"/>	ロタ (ロタリックス 1回目・2回目)	<input type="checkbox"/>	BCG
<input type="checkbox"/>	ロタ (ロタテック 1回目・2回目・3回目)	<input type="checkbox"/>	水痘 (1回目・2回目)
<input type="checkbox"/>	B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)	<input type="checkbox"/>	麻しん風しん(MR)混合 (1期・2期)
<input type="checkbox"/>	小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加)	<input type="checkbox"/>	日本脳炎 (1回目・2回目・追加・第2期)
<input type="checkbox"/>	五種混合(1回目・2回目・3回目・追加)	<input type="checkbox"/>	ジフテリア・破傷風 二種混合
<input type="checkbox"/>	ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加)	<input type="checkbox"/>	子宮頸がん予防(1回目・2回目・3回目)

職員記入欄

交付年月日 令和 年 月 日

行政の予防接種担当部署() 電話確認日()

希望の接種医療機関がその行政の指定医療機関か(該当 ・ 非該当)

依頼書の宛名()

依頼書の受け渡し()

受付者	担当者