

(県外用)

令和8年度 香芝市妊婦定期予防接種 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RSウイルスワクチン定期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、県外相互乗り入れ依頼書の交付を申請します。

被接種者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日 (満 歳)
	妊娠週数	週	日	
	出産予定日 (40週0日)	令和	年	月 日 (計画分娩等により予定日が異なる場合：令和 年 月 日)
	住所	香芝市		
	電話番号			
被接種者本人以外 が申請する場合	氏名	(続柄：)		
	住所	☐ 被接種者と同じ	*被接種者と違う場合、右に住所をご記入ください。	
	電話番号	☐ 被接種者と同じ	*被接種者と違う場合、右に電話番号をご記入ください。	
保護者氏名 ※16歳未満の場合のみ				
接種を希望する 医療機関名	住所：〒			
	名称：			
奈良県外で 接種する理由				

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