

様式第 1 号（第 5 条関係）

芦北町定期予防接種実施依頼申請書

令和 年 月 日

芦北町長 竹崎 一成 様

申請者 住 所 芦北町大字

氏 名
(被接種者との続柄：)

下記のとおり、委託医療機関以外での予防接種実施依頼を申請します。

被 接 種 者	氏 名	(フリガナ)		
	生年月日	(平成 ・ 令和) 年 月 日生 (歳 か月)		
	住 所	熊本県葦北郡芦北町大字		
	親権者又は 後見人氏名	(続柄：)	電話番号	
	滞 在 先	〒 ー		
希望する 予防接種 (☑をつけてください)	☐ ロタウイルス ☐ B型肝炎 ☐ 小児用肺炎球菌 ☐ 五種混合 ☐ 二種混合 ☐ B C G ☐ 麻しん風しん混合 ☐ 水痘 ☐ 日本脳炎 ☐ 子宮頸がん ☐ R S ウイルス			
申請理由 (○をつけてください)	1 里帰り出産などで、他市町村で予防接種を受けるため 2 疾病等により委託医療機関以外で長期入院等をしているため 3 その他 ()			
接種希望 医療機関	所 在 地：(〒 ー) 医療機関名： 電 話 番 号：			
芦北町記入欄	☐ 住基 ☐ 母子健康手帳		対応者	

1. 内容につきましては、滞在先の市区町村担当部署へ提供させていただくことがありますので、ご了承ください。