様式第１号（第５条関係）

松川町県外定期予防接種実施依頼書交付申請書

松川町長

※ 太枠内にご記入ください

申請者	申請日	令和　　年　　月　　日		
	住　所	〒		
	氏　名		接種を受ける人との続柄	
	電　話			

長野県外で予防接種を受けたいので、次のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します

- B類疾病の予防接種で、申請者と接種を受ける人が同じでない場合は、委任状が必要です。
- 申請者と接種を受ける人が同じ場合は氏名・住所・電話の記入を省略できます。

接種を受ける人 ※住民票の住所を記入してください	フリガナ			
	氏　名			
	生年月日	年　　月　　日（　　歳　　か月）		
	住　所	〒399- 松川町		
	電　話			
予防接種の種類 ※県外で接種を希望する種類にチェックしてください	A 類 疾 病			
	☐ 五種混合	☐ 四種混合	☐ 二種混合	
	☐ 日本脳炎	☐ MR（麻しん風しん）	☐ BCG（結核）	
	☐ ヒブ感染症	☐ 小児用肺炎球菌	☐ 水痘（水ぼうそう）	
	☐ B型肝炎	☐ ロタウイルス感染症	☐ 子宮頸がん	
	☐（　　）			
	B 類 疾 病			
	☐ 高齢者肺炎球菌	☐ 高齢者インフルエンザ	☐ 新型コロナウイルス	
	☐（　　）			
申請理由				
県外滞在先の住所	〒 （世帯主名：　　様方） （施 設 名：　　）			
滞在予定期間	年　月　日 から　　年　月　日			
実施予定医療機関 ※わかる範囲でご記入ください	名　称			
	所在地			
	電話番号			
	医療機関代表者名			
初回接種予定日	年　　月　　日　※ **申請日より２週間以上先の日付にしてください**			
依頼書送付先	☐ 申請者の住所	☐ 県外の滞在先住所		

－－以下、役場記入欄－－－