子宮頸がん予防(ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ感染症)ワクチン指定医療機関外予防接種実施依頼申請書

年　　月　　日

福知山市長　様

申請者　住　所　〒　　－

福知山市

氏　名　　続柄(　　)

電　話　　－

接種を希望する者の氏名	フリガナ	生年月日	年　月　日 (　　歳)
希望する予防接種の種類及び回数 (接種する回数に○)	子宮頸がん予防(ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ感染症)ワクチン １回目　・　２回目　・　３回目		
接種予定日	年　月　日　頃		
滞在先住所	〒　－ 様方 電話（　　―　　）		
申請理由			

依頼先	主　治　医・市町村長等〔　　都･道･府･県　　市　　〕
	接種医療機関名
	住　所　〒　　―
	連絡先・電話等
接種歴	１回目　なし・接種〔ｶﾞｰﾀﾞｼﾙ　ｻｰﾊﾞﾘｯｸｽ　ｼﾙｶﾞｰﾄﾞ〕 ＿＿年＿＿月＿＿日
	２回目　なし・接種〔ｶﾞｰﾀﾞｼﾙ　ｻｰﾊﾞﾘｯｸｽ　ｼﾙｶﾞｰﾄﾞ〕 ＿＿年＿＿月＿＿日
依頼書送付先	１.現住所　　２.滞在先　　３.その他(　　)

代理人　　続柄（　　）

【注意事項】

1　申請書受理後、依頼書の発行事務作業に約１週間かかります。

2　予防接種依頼書は郵送しますので、接種日に依頼先医療機関に提出してください。

受　付　日：　　年　　月　　日

受付者サイン　　代理人の確認：運転免許証・健康保険証・その他（　　）