

子宮頸がん予防(ヒトパピ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 〒 ー 福知山市 氏 名 続柄() 電 話 ー			
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(ヒトパピ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	〒 ー 電話 (ー 様方)		
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 〒 ー		
	連絡先・電話等		
接 種 歴	1 回 目 な し ・ 接 種 [シルガード [®] ガーダシル サーバリックス] 年 月 日		
	2 回 目 な し ・ 接 種 [シルガード [®] ガーダシル サーバリックス] 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 ()

代理人連絡先

【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 ()

