

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

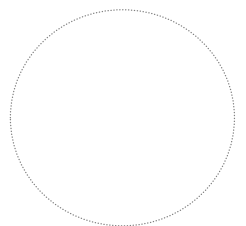
年 月 日 福 知 山 市 長 様 申請者 住 所 〒 ー 福知山市 氏 名 続柄() 電 話 ー			
接 種 を 希 望 す る 者 の 氏 名	フリガナ	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
希 望 す る 予 防 接 種 の 種 類 及 び 回 数 (接種する回数に○)	子宮頸がん予防(ヒトパピローマウイルス感染症)ワクチン 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目		
接 種 予 定 日	年 月 日 頃		
滞 在 先 住 所	〒 ー 様方 電話 (ー)		
申 請 理 由			
依 頼 先	主 治 医・市町村長等〔 都・道・府・県 市 〕		
	接種医療機関名		
	住 所 〒 ー		
	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()		

【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 ()



子宮頸がん予防(ヒトパピローウイルス感染症)ワクチン指定医療機関外予防接種実施依頼申請書

令和8年 8月 1日

福知山市長 様

申請者 住 所 〒620-1234

福知山市 字〇〇123番地の4

氏 名 福知 幸子 続柄(母)

電 話 080-123-4567

記入例

接種を希望する者の氏名	フリガナ フクチ ハナコ 福知 花子	生年月日	平成 〇年 〇月 〇日 (18歳)
希望する予防接種の種類及び回数 (接種する回数に〇)	子宮頸がん予防(ヒトパピローウイルス感染症)ワクチン 1回目 ・ 2回目 3回目		
接種予定日	令和7年 9月 1日 頃		
滞在先住所	〒530-1234 大阪府大阪市〇〇123番地〇〇マンション123号室 様方 電話 ()		
申請理由	他市の高校に在学中		
依頼先	主治医・市町村長等〔 都・道・府・県 市 〕		
	接種医療機関名 〇〇レディースクリニック		
	住 所 〒 530-5678		
	連絡先・電話等 06-11-2222		
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 〕 令和7年 6月 1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 〕 今年 月 日 今回1回目なら、なし全てに〇をしてください。		
依頼書送付先	1.現住所 2.滞在先 3.その他()		

【注意事項】

- 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。
- 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()