

※該当する□に✓をすること。		申請日	年 月 日	
申請者	フリガナ			接種希望者との関係 ※接種希望者から見た関係を記入してください。
	氏名	印 (本人自筆の場合は押印不要)		
	住所	南国市		
	電話番号	※連絡のとれる番号を記入してください。		
接種希望者	フリガナ			生年月日 年 月 日
	氏名	※接種希望者が申請者本人の場合は「同上」でもかまいません。		
	住所	南国市 ※被接種者が申請者本人の場合又は申請者と同じ住所の場合は「同上」でもかまいません。		
滞在先住所				
接種予定場所 (医療機関等名)		☐ 記入した医療機関等が本市からの依頼に基づく接種が可能であることを確認しました		
委託外医療機関等で接種する理由		☐ 高知県外に滞在している (滞在理由:) ☐ 高知県外の医療機関又は施設に入院又は入所をしている) ☐ その他 ()		
依頼書の宛名		☐ 市区町村長 ☐ 病院長 ☐ その他 () ☐ 選択した宛名について滞在先市区町村に確認しました		
依頼書送付先		☐ 南国市の住所 ☐ 滞在先の住所 (様方)		
希望する予防接種の種類		☐ ロタウイルス → ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ B型肝炎 → ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ ヒブ (H i b) → ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加 ☐ 小児肺炎球菌 → ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加 ☐ 4種混合【1期】 → ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加 ☐ 5種混合【1期】 → ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 追加 ☐ B C G ☐ 麻しん・風しん混合 (MR) → ☐ 1期 ☐ 2期 ☐ 水痘 (みずぼうそう) → ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 日本脳炎 → ☐ 1期1回目 ☐ 1期2回目 ☐ 追加 ☐ 2期 ☐ 2種混合 (DT)【2期】 ☐ 子宮頸がん (HPV) → ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 高齢者インフルエンザ		