

年 月 日

（宛先）多気町長

県外での予防接種の実施の申出書

多気町が実施する予防接種について、下記の理由により多気町内で受けられませんので、滞在先にて接種できますようご配慮をお願い申し上げます。

1. 申請者（保護者）

住 所	多気町		
氏 名		フリガナ	
連 絡 先			

2. 被接種者

滞在先住所 （施設名等）	〒		
氏 名		フリガナ	
生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
連 絡 先			

3. 県外接種の理由

理 由	
-----	--

4. 接種予定医療機関等

医療機関名			
住 所	〒		
連 絡 先			
接種予定日	年 月 日		
接種等種類	ロタ1価（1回目・2回目）、ロタ5価（1回目・2回目・3回目）、B型肝炎（1回目・2回目・3回目）、ヒブ（1回目・2回目・3回目・初回追加）、小児肺炎球菌（1回目・2回目・3回目・初回追加）、四種混合（1回目・2回目・3回目・初回追加）、BCG、MR（1期・2期）、水痘（1回目・2回目）、DT、日本脳炎（1期1回目・1期2回目・1期追加・2期）、子宮頸がん（2価・4価・9価）（1回目・2回目・3回目） 生後 か月ごろまでに接種する定期接種対象ワクチン		

県外接種で希望する（定期接種）場合

県外接種（前）

記入例

年 月 日

県外での予防接種の実施の申出書

多気町が実施する予防接種について、下記の理由により多気町内で受けられませんので、滞在先にて接種できますようご配慮をお願い申し上げます。

1. 申請者（保護者） 住民登録地を記入してください

住 所	多気町相可 1600 番地		
氏 名	多気 花子	フリガナ	タキ ハナコ
連 絡 先	0598 - 38 - 1114		

2. 被接種者 連絡の取れる住所・電話番号を記入してください

滞在先住所 (施設名等)	〒163-8001 東京都新宿区西新宿 ○・○・○		
氏 名	多気 太郎	フリガナ	タキ タロウ
生年月日	令和2年 4月 2日	性 別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
連 絡 先	03 - 5321 - 〇〇〇〇		

3. 県外接種の理由

理 由	(例) 里帰りのため
-----	------------

4. 接種予定医療機関等 必ず記入してください

医療機関名	健康クリニック		
住 所	〒100-0014 東京都千代田区永田町○-○-○		
連 絡 先	03 - 5521 - 〇〇〇〇	未定なら空白にしてください	
接種予定日	令和3年 6月 2日		
接種等種類	ロタ1価(1回目・2回目)、 ロタ5価(1回目・2回目・3回目) 、 R型肝炎(1回目・2回目・3回目) 、 ヒブ(1回目・2回目・3回目・初回追加) 、 四種混合(1回目・2回目・3回目・初回追加) 、BCG、MR(1期・2期)、水痘(1回目・2回目)、DT、日本脳炎(1期1回目・1期2回目・1期追加・2期)、子宮頸がん(2価・4価・9価)(1回目・2回目・3回目) 生後 か月ごろまでに接種するワクチン		

種類が不明な場合は、こちらに○をしてください。