

## 【 県内 ・ 県外 】予防接種依頼書交付願

令和 年 月 日

(宛先)静岡市保健所長

下記により、他市町村で予防接種を受けたいので、よろしくお取り計らい願います。

## 記

申請者 (18歳以上の方は本人氏名で申請してください)	住 所	〒		
	氏 名		被接種者との続柄	
	電 話			
被接種者	住 所			
	フリガナ		性 別	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年 齢	歳 ヶ月
市外接種を希望する予防接種の種類	RSウイルス母子免疫ワクチン			
最終月経日	令和 年 月 日			
滞在先	〒			
	TEL			
依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 静岡市の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先の住所			
接種希望医療機関	所在地	〒		
	名 称			
	電 話			
接種予定日				
市外接種を希望する理由	滞在予定 ( まで )			
添付資料	母子手帳の表紙、出生届のページと、予防接種の記録その他のページ(未接種のページも含む)のコピー			

担当 〒420-0846 静岡市葵区城東町24番1号

静岡市保健所 感染症対策課 予防接種係 TEL054-249-3173