

鳥栖市長 様

申請者 住 所

氏 名

電 話

本人 家族（被接種者との続柄 ）

その他（ ）

予防接種実施依頼書発行申請書（妊婦用）

このことについて、下記のとおり佐賀県外等での接種を希望しますので、依頼書の発行を申請します。
接種費用が必要な場合には、自己負担します。

1	接種 希望者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
		(ふりがな)	
		氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
		生年月日	年 月 日
2	申 請 理 由 (該当するものに☑ をつけてください。)	<input type="checkbox"/> 里帰り出産等で県外に長期滞在するため <input type="checkbox"/> 県外の医療機関に入院、通院中であるため <input type="checkbox"/> その他（ ）	
3	希望する予防接種 (該当するものに☑を つけてください。)	<input type="checkbox"/> RS ウイルス（接種日時時点で妊娠28週0日から36週6日の間にある者）	
4	接種予定日	年 月 日	
5	依頼書の宛先	<input type="checkbox"/> 医療機関（医療機関名： ） （所在地： ） <input type="checkbox"/> 市区町村（自治体名： ） ※依頼書のあて先は「自治体名」または「医療機関名」となります。あらかじめ滞在先の予防接種窓口にご確認ください。	
6	依頼書の送付先 (滞在先)	依頼書は滞在先へ送付しますので、接種の際に依頼先へ提出してください。5の宛先が自治体の場合は市から直接自治体へ送付します。	
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
		〒 住所	
		世帯主名	