

日向市長 様

申請者（保護者または被接種者本人）

住所	〒883-8555 日向市本町10番5号
氏名	日向 花子 被接種者との続柄（母）
電話	0982-52-2111

## 予防接種実施依頼書交付申請書

下記の理由により、日向市で実施する予防接種を県外の自治体又は医療機関で接種することを希望するため、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	住所	〒883-8555 日向市本町10番5号
	ふりがな 氏名	ひゅうが たろう 日向 太郎
	生年月日	令和8年4月1日
滞在先住所		〒123-4567 〇〇県△△市□□町789番地9（〇〇方） 連絡先：000-1236-4567
滞在予定期間		令和8年2月1日から 令和8年6月30日まで
申請理由		<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り出産により依頼先へ滞在中のため <input type="checkbox"/> 依頼先にある医療機関に入院、通院中のため <input type="checkbox"/> 依頼先にある施設に入所中のため <input type="checkbox"/> その他 [ ]
希望する 予防接種の種類		ロタウイルス 1回目、2回目、B型肝炎1回目、2回目 5種混合 初回1回目、初回2回目、小児肺炎球菌 初回1回目、初回2回目
接種医療機関		名称：〇〇 所在地：〇〇県△△市□□町321番地1 連絡先：000-123-5678
実施依頼書の宛名		<input checked="" type="checkbox"/> 市区町村長宛て <input type="checkbox"/> 医療機関長宛て ※滞在先の自治体へ確認後、ご記入ください。