

# 記入例

HPV ワクチン予防接種実施依頼書交付申請書（キャッチアップ接種）

令和〇年〇月〇〇日

益城町長 様

申請者 住所 益城町惣領〇〇△△番地

氏名 益城 一郎

被接種者との続柄 父

電話 〇〇〇—●●●●●●

印

次のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者  (予防接種を受ける人)	住 所	益城町惣領〇〇△△番地		
	ふりがな	ましき はなこ		
	氏 名	益城 花子		
	生年月日	平成〇〇年〇月〇〇日 (満 17歳 2か月)		
	保護者氏名 ※被接種者が18歳未満の場合には記入	益城 一郎	続柄	父
	連絡先電話 ※被接種者が18歳未満の場合には記入	(本人の携帯) ●●●—〇〇〇〇—△△△△ (保護者の携帯) ●●●—〇〇〇〇—△△△△		
(回数を記入) 希望する予防接種	・HPV ワクチン 1回目、2回目、3回目 注意:HPV ワクチンの回数を母子手帳で確認ながら間違いの無いように記入してください。			
接種予定医療機関等	名称	〇〇△△産婦人科		
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇—〇〇号		
滞在先住所 (郵送先)	郵便番号	△△△—●●●●●● 〇〇県〇〇市△△△△番地		
依頼書の宛名	依頼先の市町村長名 ・ 接種医療機関名			

HPV ワクチン予防接種実施依頼書交付申請書（キャッチアップ接種）

年 月 日

益城町長 様

申請者 住所 **益城町**

氏名

被接種者との続柄

電話

印

次のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者  (予防接種を受ける人)	住 所	益城町		
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳 か月)		
	保護者氏名 ※被接種者が18歳未満の場合には記入		続柄	
	連絡先電話 ※被接種者が18歳未満の場合には記入	(本人の携帯)		
	(保護者の携帯)			
(回数を記入) 希望する予防接種	HPV ワクチン ( ) 回目			
接種予定医療機関等	名称			
	所在地			
滞在先住所 (郵送先)	郵便番号			
依頼書の宛名	依頼先の市町村長名 ・ 接種医療機関名			