

岩手県広域的予防接種申請書

令和 年 月 日

奥州市長 倉成 淳 様

申請者氏名 _____ (続柄) _____

下記の理由により、岩手県内の他市町村において予防接種を希望するので、広域接種パスポートの交付を申請します。

被接種者氏名 <small>ふりがな</small>	(男 ・ 女)	保護者名	
生年月日	年 月 日生	(満 歳 か月)	
住 所 (送付先□)	〒 ー 奥州市	(TEL ー ー)	※日中に連絡の取れる電話番号
滞在先住所 (送付先□)	〒 ー	様方 (TEL ー ー)	※日中に連絡の取れる電話番号(上記と異なる場合のみ)
接種を希望する 期間	年 月 日 ~	年 月 日	
広域的予防接種 を希望する理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医又は主治医が住所地市町村外の県内にいる。 <input type="checkbox"/> 母親の出産や施設入所等の理由により、住所地市町村外の県内に長期滞在している。 <input type="checkbox"/> その他やむを得ない事情により、住所地市町村で定期の予防接種を受けることが困難である。 () <input type="checkbox"/> 上記以外 ()		

- ・申請の際は、母子健康手帳を持参してください。
- ・岩手県広域的予防接種パスポートの交付には、申請受理後約2週間かかります。
- ・この申請は、年度毎の申請が必要です。

※ 以下職員記入欄

受付日	
広域接種番号	2 1 5
受付者名	