様式第１号（第４条関係）

令和　　年　　月　　日

高岡市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種実施依頼申請書

高岡市長　あて

（申請者）住所

氏名

富山県外の医療機関で次のとおり予防接種を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 被接種者氏名 |  |
| 保護者氏名 |  |
| 住所 | 高岡市 |
| 電話番号（日中連絡可能な番号） | 　　　　　－　　　　　－　　　　　 |
| 予防接種の種類 | 子宮頸がん予防ワクチン（ １回目 ・ ２回目 ・ ３回目 ） |
| 居住地の住所 | 〒 |
| 居住期間 | 　令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　月　　日 |
| 希望する市区町村接種医療機関名（個別接種の場合） | 　　　　　都・道・府・県　　　　　　　　　市・区・町・村医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 申請理由 |  |
| 接種実施依頼書送付先（いずれかに○をつけてください） | １　居住地　　　　　２　現住所 |