

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	_____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村		
接種医療機関名 (個別接種の場合)	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		

