紫波町ＨＰＶワクチン県外キャッチアップ接種実施申請書

　　　年　　月　　日

紫波町長　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　被接種者との続柄

次により、県外でのＨＰＶワクチキャッチアップ接種を希望するので、被接種者本人又はその代理人として申請します。

なお、予防接種実施医療機関が当該予防接種を実施することについては、事前に当該医療機関の同意を得ております。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | ヒトパピローマウイルス感染症定期予防接種 | |
| 希望する実施回数 | 第１回目　　　　　第２回目　　　　　第３回目 | |
| 被接種者 | 現に居住するところ    氏名  生年月日　　　　　年　　月　　日生　　　　　歳  電話　　　　　　　　（　　　　　） | |
| 予防接種実施  医療機関 | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 申請理由 |  | |
| 添付書類 | □　当該予防接種の実施履歴がわかるもの（母子健康手帳の写し等）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

※　年度が変わるたびに、改めて申請が必要となります。