

様式第 1 号（第 4 条関係）

RS ウイルス感染症予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

士別市長 様

申請者

住所 士別市

氏名

被接種者との関係

標記の予防接種について、次のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	住 所	士別市		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	出産予定日	年 月 日	電話	
依頼する医療機関 住所及び名称	〒 ー			
依頼する予防接種	組換え RS ウイルスワクチン（母子免疫ワクチン）			
依 頼 期 間	妊娠 28 週 0 日～36 週 6 日までの間であること			
	年 月 日 ～ 年 月 日			
接種予定日	年 月 日（妊娠 週 日）			
依頼する理由	通院する産婦人科医療機関が市外のため			
滞在先住所 (自宅でない場合に記載)	〒 ー			
連絡者氏名		続柄		電話