予防接種依頼書交付申請書 （HPVｷｬｯﾁｱｯﾌﾟ用）

高知市長　様

申請日	令和　　年　　月　　日

下記の理由により、定期予防接種について依頼書の交付を申請します。

［ □ には チェック(✓) を入れてください ］

申請者	氏　名		続　柄	本人 ・ 父 ・ 母 その他（　　）
	電話番号			
対象者	フリガナ		生年月日	平成　　年　　月　　日
	氏　名			
	住　所	高知市		
滞在地	住　所	〒		
	電話番号			
依頼書の宛名（市長等）		□ 市区町村長　□ 病院長　□ その他（　　）		
		□ 上記宛名について，滞在先市町村に確認しました		
接種場所（医療機関名）				
		□ 上記医療機関がHPVキャッチアップ依頼接種の受け入れ可能であることを確認しました		
依頼理由		□ 長期滞在　□ 施設入所中 □ その他（　　）		
依頼書等の郵送先		□ 高知市の住所　□ 滞在先の住所（　　様方）		
依頼する回数 希望する回数ごとに○をつけてください		子宮頸がん（HPV）キャッチアップ用　［ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ］ 〈定期接種・任意接種・キャッチアップ合わせて3回の接種となります〉 （3回全てご希望の場合は，1回目･2回目･3回目それぞれに○をお願いします）		
子宮頸がん予防接種の接種歴について		□ 定期接種・任意接種ともに未接種 □ 1回目のみ接種済 □ 1回目・2回目を接種済 ※ 1回目2回目それぞれの接種日と使用ワクチン名をご確認ください 交付する予診票には記載欄がありますのでご記入をお願いします ※ 原則，1回目に接種したワクチンと同じ種類を3回接種します		

職員記載欄	
	□　ログヘルス確認
	月･年齢〔満　　歳　　か月〕
	整理番号〔　　〕
	担当者名〔　　〕

〔受付印〕

□ 窓口

□ 郵送