

「予防接種実施依頼書」発行申込書（RSウイルス 妊婦用）

令和 年 月 日

（あて先）福岡市長

①申請者氏名 被接種者との続柄（関係） [ ]

被 接 種 者	ふりがな		
	②氏名		
	③生年月日	年 月 日	（満 歳）
	④妊娠週数	週 日目	
⑤住民票所在地		〒 ー 福岡市 区	
連絡先		電話番号	（ ）
⑥滞在先住所		〒 ー	
連絡先		世帯主名	
		電話番号	（ ）
⑦理由 （該当するものにチェックをつけてください。）		<input type="checkbox"/> 里帰り出産のため <input type="checkbox"/> 医療機関に入院、通院中のため <input type="checkbox"/> 施設に入所中のため <input type="checkbox"/> その他 （ ）	
⑧備考			
⑨実施依頼書のあて先 （接種医療機関 又は市町村）		医療機関名（又は市町村名）	
		医療機関（又は市町村） の住所	〒 ー
		連絡先電話番号	（ ）
		院長名	
⑩送付先 （希望するものにチェックをつけてください。）		<input type="checkbox"/> 住民票所在地 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> その他 （ ）	

※記載された事項について、お電話等で問い合わせさせていただくことがあります。