

HPV（子宮頸がん予防）ワクチン  
キャッチアップ接種 県外接種申請書

令和 年 月 日

臼杵市長 へ

〒 -  
住 所 臼杵市  
申請者名  
接種者との続柄  本人  保護者  
電話番号 ( ) -

下記理由により、市内・県内での予防接種を受けることができませんので、下記にて接種を受けられるよう、申請いたします。

ふりがな 被接種者氏名		
生 年 月 日	平成 年 月 日	
住民票の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 -
電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
滞 在 先 住 所	〒 -	
接 種 市 町 村	都 道 府 県	市 区 町 村
接種医療機関		
医療機関電話番号		
予防接種の種類	子宮頸がん予防ワクチン <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	
理 由	<input type="checkbox"/> 学業のため <input type="checkbox"/> 就職のため <input type="checkbox"/> 入院・入所のため <input type="checkbox"/> その他 ( )	
送 付 先 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 住民票と同じ <input type="checkbox"/> 滞在先と同じ <input type="checkbox"/> その他 ( 〒 - )	