むつ市子宮頸がんワクチン実施依頼書申込書

申　込　日	令和　　年　　月　　日
予防接種の種類 ＊該当するワクチン名・回数を〇で囲んでください。	・子宮頸がんワクチン サーバリックス（１回目・２回目・３回目） ガーダシル　　（１回目・２回目・３回目） シルガード９　（１回目・２回目・３回目）
接種を受ける人の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ
生　年　月　日	平　　年　　月　　日（　　歳　　か月）
住民票の住所 ＊できるだけ住民登録上の正確な住所を記入してください。	〒　　－ むつ市 電話（　　）
保護者の氏名	
理　由	①長期滞在　②主治医のもと　③その他（　　）
滞　在　先	〒　　－ 様方　電話（　　）
実施医療機関名 住所 ＊必ずご記入ください。	医療機関名 住所：〒　　－ 電話（　　）
備　考	

※枠内をもれなく記入後、感染症予防課（下記）までＥメール、ＦＡＸまたは郵送でお送りください。
　到着後、１週間程度で予防接種依頼書と助成金交付申請書を郵送いたします。
※医療機関によっては実施できない場合がありますので、あらかじめ御了知ください。

〒035-8686　青森県むつ市中央一丁目８番１号　むつ市役所 感染症予防課
TEL:0175-22-111　FAX:0175-22-5044　Email:kansenshoyobo@city.mutsu.lg.jp