令和○年○月○日

（あて先）
成田市長　小泉　一成

申　請　者　名　成田　うなり
被接種者との続柄　父
電　話　番　号　090-0000-0000

定期予防接種の委託契約締結について（依頼）

下記の理由により、県外での定期予防接種を受けるため、（　○○○○クリニック　）と委託契約を締結するよう依頼します。

記

ワクチンの種類	1 価ロタウイルス感染症（ロタリックス）、5 価ロタウイルス感染症（ロタテック）、B 型肝炎、DPT-IPV-Hib（5 種混合）、DPT-IPV（4 種混合）、DT（2 種混合）、Hib 感染症、小児用肺炎球菌、BCG、麻しん・風しん、水痘、日本脳炎、2 価 HPV（サーバリックス）、4 価 HPV（ガーダシル）、9 価 HPV（シルガード 9）　のうち、当てはまるものを記入	
被接種者	住所	成田市赤坂○丁目○-○
	氏名	成田　うな子
	生年月日	令和 6 年　4 月　1 日
依頼理由	☐　里帰り出産等 ☐　長期入院 ☐　その他（理由：　　） 該当する項目に☑	
滞在先	住所	○○県○○市○○　○丁目○-○（○○様方）
	連絡先	090-××××-××××
接種を受ける病院	病院名	○○○○クリニック
	所在地	○○県○○市○○　○○番地
	電話番号	○○○-○○○-○○○○

【問い合わせ先】
〒286-0017 成田市赤坂 1 丁目 3 番地 1　成田市保健福祉館内
成田市地域医療政策課
電話番号　0476-27-1119　　FAX 番号　0476-27-1114