

県内他市町での予防接種申請書

PEDIDO PARA VACINAÇÃO EM OUTRO MUNICÍPIO DENTRO DE SHIZUOKA

磐田市長 様
Para o Prefeito de Iwata

Table with columns for: Quem irá vacinar (Name, Address, Phone), Nascimento (Date of Birth), Sexo (Gender), Responsável da família (Guardian), Parentesco (Relationship).

上記の者は、「定期予防接種の市町間相互乗入れ業務委託契約」に基づき、以下のように予防接種を申請します。
A pessoa acima, solicita o pedido de vacinação abaixo de acordo com o 「Termo de convênio conforme o calendário de vacinaj .

磐田市で予防接種できない理由<該当するものに○> Circular o número do motivo que não vacinará no Município de Iwata.
1 帰省しているため - Está na casa dos Pais temporariamente.
2 かかりつけ医で受けたいため - Quer vacinar na Clínica que está acostumado(a).
3 その他 - Outros motivos. ( )

2023年3月31日までに、接種を希望する予防接種に○を Circular o nome da vacina que tomará até 31/mar/2023.

Table with columns for vaccine types (Hib, Pneumocócica Infantil, Quadrupla, Tríplice, Polio Inativada, BCG, Rotavirus) and their respective schedules (1st, 2nd, 3rd, additional).

接種を希望する医療機関 Preencher sobre a Instituição médica onde irá vacinar.
所在地-Endereço
医療機関名-Nome da Clínica
電話番号-Telefone

年 月 日
保護者でない方が申請の場合は下記へご記入ください。

Preencher abaixo quando o(a) solicitante não for Pai ou Mãe.

住所-Endereço

フリガナ

氏名-Nome

- 依頼書2部
請求書
医療機関宛文書
保護者宛文書
来庁者確認
母子健康手帳
その他( )

受付