

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

Form with fields: 住所 Endereço (Iwata-shi), 電話 Telefone, 生年月日 Nascimento (ano, mês, dia), 氏名 Nome da criança, 性別 Sexo (男 M, 女 F), 保護者 Responsável da família, 続柄 Parentesco.

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 vacina」.

磐田市で予防接種できない理由(該当するものに○) Circule 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. ()

今年度中に、接種を希望する予防接種に○をお願いします。Circular a vacina que tomará dentro desse Ano Fiscal.

Table with columns for vaccine types (Hib, Pneumocócica Infantil, DPT, Polio, BCG, Rota) and rows for initial/dose and additional doses.

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

ano 年, mês 月, dia 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

続柄-Relação

- 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