（別紙様式１）（第５の１　関係）

**岩手県広域的予防接種申請書**

　　　　　年　　　月　　　日

市（町・村）長　●●　●●　様

保護者氏名　　　　　　　　　　　（続柄）

下記の理由により、岩手県内の他市町村において予防接種を希望するので、広域接種パスポートの交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被接種者氏名 | 年　　月　　日生 |
| 住　　　所 | 〒　　　－  （℡　　　－　　　－　　　）  ※日中に連絡の取れる電話番号 |
| 滞在先住所 | 〒　　　－  （℡　　　－　　　－　　　）  ※日中に連絡の取れる電話番号(上記と異なる場合のみ) |
| 広域的予防接種を希望する理由 | □　かかりつけ医又は主治医が住所地市町村外の県内にいる。  □　母親の出産や施設入所等の理由により、住所地市町村外の県内に  　　長期滞在している。  □　その他やむを得ない事情により、住所地市町村外で定期の予防接種  　　を受けることが困難である。  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　上記以外  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |