

様式第1号（第4条関係）

東かがわ市予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

東かがわ市長 宛

申請者 住所
氏名
(被接種者との関係)

次のとおり、予防接種を受けたいので予防接種依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	住 所	東かがわ市
	(フリガナ) 氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
予防接種の種類 (回 数)		
保護者氏名		
電話番号		
申請理由	(1) 母親の里帰り出産等で、県外に事実上居住しているため	
	(2) 県外の施設等に入所しているため	
	(3) その他 ()	
滞在先住所	〒 様方	
滞在期間	年 月 日～ 年 月 日 予定	
接種を受ける市区町村及び医療機関名・住所	(接種を受ける市町村) (医療機関名) (医療機関住所)	
依頼書送付先	滞在先 (上記住所) その他	
依頼書の宛名	市町村宛 ・ 接種を受ける病院長宛	