

令和 年 月 日

東根市長 あて

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 (保護者) ふりがな \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 (自署又は記名押印)  
 電話番号 \_\_\_\_\_

### 予防接種実施依頼申請書

委託外医療機関において定期予防接種を受けたいので、下記のとおり予防接種の実施を依頼して  
 くださるよう、申請いたします。

記

被接種者	住 所	〒 東根市		
	ふりがな	生年月日	平成 令和	年 月 日
	氏 名	性 別		
滞在先	住 所	〒		
	世帯主氏名	電話番号		
	滞在期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
医療機関	所在地	〒		
	名 称	電話番号		
予防接種の種類				
申請理由				
依 頼 先		1 滞在先の 市区長村宛て    2 医療機関宛て		