様式第１号（第４条関係）

令和　　　年　　　月　　　日

東根市長　　あて

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者（保護者） | 住　　所 |  |  |
| 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 |