

記入のしかた

様式第1号（第4条関係）

申請した日をご記入ください。



令和 2 年 10 月 1 日

接種を受けるお子さんの保護者の住所、氏名、
電話番号をご記入ください。

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 090-xxxx-xxxx _____



日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。

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

→ 接種を受ける
お子さん

→ 接種を受けるお子さんの
県外での滞在先

→ 県外で予防接種を
受ける医療機関

被接種者	住 所	〒 東根市		
	ふりがな	生年月日	平成 2 年 8 月 1 日	令和
	氏 名	性 別		
滞在先	住 所	〒 ←滞在先のご住所を都道府県から記入してください。		
	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	医療機関名	電話番号	
予防接種の種類	ヒブ1回目 B型肝炎1回目 小児用肺炎球菌1回目 ロタウイルス 1 回目 ← 里帰り期間中に受けられそうな 定期予防接種 何回目までかも記入			
申請理由	里帰り出産で長期滞在するため ←県外の医療機関で接種を受ける理由			
依 頼 先	1 滞在先の 市区長村宛て 2 医療機関宛て			