

年 月 日

東根市長 あて

申請者は、18歳以上の方は
 予防接種を受ける本人、
 18歳未満の方は保護者と
 なります。

申請者 住所 **東根市〇〇**

ふりがな **〇〇 〇〇**
 氏名

電話番号 **←日中連絡のとれる番号を記入してください。**

被接種者との続柄

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下さるよう、申請いたします。

記

→ 予防接種を受ける方

被接種者	住所	〒 東根市		
	ふりがな	生年月日	年 月 日	
	氏名	性別		
滞在先	住所	〒 世帯主名： 電話番号：		
	滞在期間	年 月 日 ~		年 月 日
医療機関	所在地	〒		
	名称	電話番号		
予防接種の種類	ヒブ1回目・2回目 B型肝炎1回目・2回目 小児用肺炎球菌1回目・2回目 ロタウイルス(〇価)1回目・2回目 四種混合1回目 など ※滞在期間中に接種可能な定期予防接種を記入してください。			
申請理由	里帰り出産で長期滞在するため・進学で長期滞在するため など			
依頼先	1 滞在先の 市区長村宛て 2 医療機関宛て			