

年 月 日

様似町長 様

申請者 住 所 様似町
氏 名
(被接種者との関係)
電話番号 — —

予防接種実施依頼書交付申請書

下記の理由により、様似町予防接種委託医療機関以外の医療機関にて予防接種を受けたため、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被 接 種 者	フリガナ	
	氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日生 (歳 ヲ月)
	住 所 ☐ 申請者と 同じ	
保護者氏名 ☐ 申請者と同じ		電話 — —
予防接種の種 類・期/回数		
接種医療機関	名 称：	
	住 所：	
	電話番号：	
申請理由	☐ 里帰り出産 ☐ 町外の学校に進学中 ☐ その他 ()	
依頼書送付先 (滞在先住所)	〒 ☐ 里帰り先 (～様方も記入) ☐ 申請者の住所へ送付	