

予防接種実施依頼書交付申請書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

士別市長 様

申 請 者

住所 士別市東 6 条 4 丁目 1 番地

氏名 士別 花子

被接種者との関係 母もしくは父

やむを得ない事情により下記の予防接種を士別市内において受けることができないので、次のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	住 所	士別市東 6 条 4 丁目 1 番地（住民票の登録がある住所を記入してください）			
	フリガナ	シベツ メイ	生年 月 日	令和〇年 〇月 〇日	
	氏 名	士別 めい	性別	男 ・ 女（該当に〇）	
保護者氏名		士別 太郎	電話	0165-22-2400	
依頼する 市区町村 （医療機関 名）	〒 北海道〇〇市〇条〇丁目（医療機関の住所と名称を正しく記入してください） ***病院				
依頼する 予防接種	ヒブワクチン（1 回目）肺炎球菌ワクチン（1 回目）など具体的な名称と回数				
依 頼 期 間	令和〇年〇月〇日 から 令和〇年〇月〇日まで概ね 3 か月間				
依頼する理由	〇〇のため長期入院が必要となり主治医から入院中の接種を指示されたため 等 詳しく				
滞在先住所	〒001-2345 北海道〇〇市～～ 〇〇方 方				
連絡者氏名	士別 花子	被接種者 との関係	母	電話	0165-22-2400