

予防接種実施依頼書交付申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

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 太郎

被接種者との関係 本人など

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 タロウ	生年 月 日	〇〇年 〇〇月〇〇日	
	氏 名	士別 太郎	性別	男 ・ 女（該当に○）	
保護者氏名		小児の場合 高齢者は不要		電話	0165-22-2400
依頼する 市区町村 (医療機関名)		〇〇市〇条〇丁目（接種を行う医療機関の〒と住所と正式名称を記入してください）医療法人社団 〇〇会 〇〇〇病院			
依頼する 予防接種		必要となる予防接種名と何回目かを記載			
依 頼 期 間		令和 年 10 月 1 日 から 令和 年 12 月 31 日までなど 3 か月間以内			
依頼する理由		施設入所（入院）のため他市に居住しているため 等			
滞在先住所		〒***-**** 〇〇市〇条〇丁目（実際に住んでいる住所・方書きなどを記載してください）			
連絡者氏名		〇〇施設 担当 士別 次郎	被接種者 との関係	電話	0165-22-2400