

予防接種実施依頼書交付申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 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○年 ○月 ○日
	氏名	士別 めい	性別	男 ・ 女（該当に○）
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○○市○条○丁目（医療機関の住所と名称を記入してください） ***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○年○月○日 から 令和○年○月○日まで概ね3か月間			
依頼する理由	里帰り出産のため長期間○○市に滞在するため 等			
滞在先住所	〒001-2345 北海道○○市～～ ○○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