

定期予防接種実施依頼申請書

年 月 日

串本町長 宛

申請者 住 所 串本町
 氏 名
 被接種者との続柄 ()
 電 話

下記のとおり、滞在先の市区町村又は医療機関等で定期予防接種を受けたいので申請します。

被 接 種 者	住 所	串本町		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		電 話	
滞在先住所	〒			
希望する 予防接種の種類				
医療機関等の 名称及び所在地	〒 電 話			
理 由	(1) 予防接種を受ける者及びその保護者が出産等の理由で、他市区町村に長期にわたり里帰りをしている。 (2) 疾病等の理由により滞在先の医療機関等において通院、入院又は入所をしている。 (3) その他 ()			

※滞在先の市区町村又は予防接種を実施する医療機関等に事前にご確認の上、記入してください。