

様式第 1 号(第 4 条関係)

年 月 日

綾川町長 宛

申請者 住所
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

次のとおり、予防接種を受けたいので予防接種依頼書の交付を申請します。

被接種者	住 所	綾川町
	(フリガナ) 氏 名	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生 (歳 か月)
予防接種名 (回数)		
保護者氏名	※満 16 歳以上の場合には記入不要	
電話番号		
申請理由	☐ 里帰り出産等で、県外に事実上居住しているため	
	☐ 長期の県外医療機関への入院又は県外の施設に入所しているため	
	☐ その他()	
滞在先 住所・連絡先	〒 (様方) 電話番号 : ※施設等入所の場合は、施設名称も記入してください。	
接種を受ける 医療機関	名称 : 住所 : 電話番号 :	
依頼書送付先	☐ 申請者住所 ☐ 滞在先住所 ☐ その他住所 (〒)	