

年 月 日

綾川町長 宛

申請者住所

氏名

印

(被接種者との関係

)

予防接種実施依頼書交付申請書

次のとおり、綾川町以外で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 カ月)
予防接種名 (回数)		
保護者氏名		
電話番号		
申請理由	(1)母親の里帰り出産等で、県外に事実上居住しているため	
	(2)県外の施設に入所しているため	
	(3) その他( )	
滞在先住所	〒  様方	
接種を受ける 市区町村 医療機関名・住所	接種を受ける市町村： 医療機関名： 医療機関住所：	
依頼書送付先	滞在先（上記住所） その他（〒 )	
依頼書の宛先	市町村長宛・接種を受ける病院長宛	

※この申請は接種前の申請のみ有効です。接種後は申請できません。

※保護者氏名欄は高齢者用肺炎球菌・高齢者等インフルエンザの場合には記入不要です。