

予防接種依頼申請書

年 月 日

室 戸 市 長 様

申請者 住 所 室戸市 _____
 (保護者) 氏 名 _____ ⑩
 電 話 _____

次のとおり予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

| | | |
|------------------------|--|---------------|
| 被 接 種 者 (予防接種を受ける人) | 住 所 | 室戸市 |
| | フリガナ 氏 名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳 か月) |
| 予防接種の種類 | | |
| 申請の理由 | 該当する番号に○を付け、その理由を記入してください。 1. 高知県外の市町村での接種 2. 室戸市の指定する委託医療機関以外の医療機関での接種 (上記接種の理由) | |
| 滞在先 (連絡先) | 〒 _____ 住 所 _____ 世帯主名 _____ 電話番号 _____ 滞在期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 | |