

年 月 日

串間市長 様

申請者住所

氏 名

（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、県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	串間市
	氏 名 <small>（フリガナ）</small>	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）母親の里帰り等の出産等で、県外に事実上居住しているため	
	（2）県外の施設に入院等しているため	
	（3）その他（ ）	
滞在先住所	〒 様方	
滞在予定期間	年 月 日から 年 月 日	
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：	