

別記様式第1号（第4条関係）

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、予防接種を受けたいので予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	住 所	串間市
	氏 名 (フリガナ)	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、市外に事実上居住しているため	
	(2) 市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：	