

別記様式第2号（第5条関係）

関市定期予防接種実施依頼書発行申請書

年 月 日

関市長 様

申請者 住 所

氏 名 印

電話番号

FAX番号

（被接種者との関係）

関市定期予防接種実施要綱第8条第1項の規定により、予防接種を受けたいので、下記のとおり、関市定期予防接種実施依頼書の発行を申請します。

なお、この申請にあたり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

記

被接種者	住 所	
	フリガナ 氏 名	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生
保護者 (家族)名	電話番号	
予防接種名		
申請理由	(1) 疾病又は保護者の里帰り出産で、県外に滞在しているため	
	(2) 県外の医療施設又は児童養護施設、老人福祉施設その他の福祉施設に入所しているため	
	(3) その他 ()	
依頼する 医療機関 ・所在地		
滞在先住所	〒 電話番号	
滞在期間	年 月 日 ～ 年 月 日 予定	