

綾瀬市予防接種依頼申請書

年 月 日

(宛先)

綾 瀬 市 長

申請者 住所 綾瀬市早川550
 氏名 綾瀬 花子
 被接種者との続柄 母
 連絡先 0467-77-1111

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 <small>(予防接種を受ける人)</small>	ふりがな	あやせ たろう 綾瀬 太郎
	氏 名	綾瀬 太郎
	生年月日	平成30年12月10日 (満0歳2箇月)
	住 所	綾瀬市早川550
申請理由	該当する番号に○をし、その理由等を詳しくご記入ください。 1 委託外医療機関に（通院中・入院中・かかりつけ）のため※ ※（ ）内の該当するものに○印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 医療機関名 _____ <input type="checkbox"/> 所在地 _____ 受診科名 _____ <input type="checkbox"/> 病 名 _____ 2 その他 理由 <u>具体的な内容を記載してください。</u>	
連絡先 <small>(滞在先)</small>	住 所	○○○○
	ふりがな	○○○○
	氏 名	○○○○
	連 絡 先	○○○○
	滞在期間	平成31年3月10日 から平成31年4月30日
予防接種の種類	四種混合、B型 肝炎、小児 肺炎 球菌、ヒブ	

添付書類 被接種者の保護者又は被接種者以外の申請の場合は、委任状