

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 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏 名	あやせ たろう 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	<p>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。</p> <p><b>1 委託外医療機関に（通院中・入院中・かかりつけ）のため※</b> ※（ ）内の該当するものに○印をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関名 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 所在地 _____</p> <p style="text-align: right;">受診科名 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 病 名 _____</p> <p><b>2 その他</b> 理由 <u>具体的な内容を記載してください。</u></p>	
連絡先 (滞在先)	住 所	〇〇〇〇
	ふりがな 氏 名	〇〇〇〇
	連 絡 先	〇〇〇〇
	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