

三豊市長 山下 昭史 様

県外予防接種実施依頼書交付申請書

申請者 住所 三豊市
氏名
電話番号

次のとおり県外で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	氏名 <small>ふりがな</small>				男・女
	生年月日	年 月 日			
	住 所	〒 三豊市			
	保護者氏名		続柄		
予防接種の 種類及び回数					
接種予定医療機関	医療機関名：				
	所 在 地：				
	電 話 番 号：				
申請理由（該当する理由にチェック印を入れてください。）	<input type="checkbox"/> 母親の里帰り出産等で、県外に居住しているため <input type="checkbox"/> 県外の施設に入所しているため <input type="checkbox"/> かかりつけ医療機関が県外であるため <input type="checkbox"/> その他（理由： ）				
滞在先住所	〒				（世帯主： ）
実施依頼書送付先 （希望する送付先に チェック印を入れて ください。）	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 滞在地				

記入例

様式第1号（第4条関係）

令和 年 月 日

三豊市長 山下 昭史 様

県外予防接種実施依頼書交付申請書

- 三豊市内の住所を記載してください。
- 接種を受ける人が18歳以上の場合は、申請者は接種を受ける本人です。

申請者 住所 三豊市 〇〇町 〇〇 〇〇番地
氏名 健康 花子
電話番号 (連絡のつきやすい電話番号)

次のとおり県外で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	氏名	けんこう はなこ 健康 花子		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
	生年月日	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日		
	住所	〒 000-0000 三豊市 〇〇町 〇〇 〇〇番地		
	保護者氏名	健康 太郎	続柄	父
予防接種の 種類及び回数	子宮頸がん予防接種 3回			
接種予定医療機関	医療機関名	〇〇病院		
	所在地	東京都〇〇.....		
	電話番号	000-000-0000		
申請理由（該当する理由にチェック印を入れてください。）	<input type="checkbox"/> 母親の里帰り出産等で、県外に居住しているため <input type="checkbox"/> 県外の施設に入所しているため <input type="checkbox"/> かかりつけ医療機関が県外であるため <input checked="" type="checkbox"/> その他（理由：高校進学で、県外に居住しているため）			
滞在先住所	〒 123-4567 東京都〇〇..... ■■マンション123号室（世帯主：）			
実施依頼書送付先（希望する送付先にチェック印を入れてください。）	<input type="checkbox"/> 住所 <input checked="" type="checkbox"/> 滞在地			