

大田市長 様

申請者氏名
（接種者との続柄）
連絡先（電話）

定期予防接種実施依頼書申請書

このことについて、下記の理由により下記の医療機関で予防接種を受けたいので、申請します。

記

予防接種の種類			
被接種者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日（ 歳 か月）		
現住所	〒		
保護者氏名 <small>※被接種者が18歳以上であれば不要</small>			
滞在先 (居住先)	〒 滞在期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日頃		
依頼理由	該当する項目に○ ・委託医療機関以外の医療機関で接種を受ける ・市外に長期滞在している（里帰り・入院・施設入所等） ・その他（ ）		
接種予定医療機関	医療機関名： 住所： 電話番号：		