

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

湯 沢 町 長 様

〒

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
電話番号

下記の通り、契約外医療機関で定期予防接種を受けることを希望するため、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	住 所	湯沢町	
	フリガナ		
	氏 名	(男・女)	
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	
滞在先住所		〒 (滞在先世帯主 様方) 電話番号 :	
接種希望 医療機関	医療機関名		
	住 所		
予防接種名		※複数回接種が必要なものは、接種回数も記入してください。	
※以下、該当するものに☑をつけてください。			
滞在期間		☐ 予定あり (年 月 日 ~ 年 月 日) ☐ 未定	
滞在理由		☐ 出産等による里帰り等 ☐ 施設入所、入院等 ☐ その他 ()	
依 頼 書 の 宛 名		※滞在先の市町村にご確認のうえ、ご記入ください。 ☐ 市区町村長 ☐ 医療機関の長 ()	
依 頼 書 の 受 取 方 法		☐ 窓口受取 ☐ 郵送受取 ※送付先 (☐ 申請者住所 ☐ 滞在先住所 ☐ 滞在先市町村の担当部署)	