

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

安中市長 宛

申請者
住所

氏名 (続柄)
電話

下記の事情により、安中市に住所を有するが、他市町村又は医療機関が行う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。

接種につきましては、依頼する市町村又は医療機関の実施方法に従います。

被 接 種 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	安中市		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
	生年月日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)	電 話	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
希望する予防接種 の種類・回数					

滞 在 先 等	住 所	〒 (世帯主名又は施設名)			
	電 話				
	滞在理由	里帰り出産のため ・ 県外の施設に入所中のため ・ その他()			

予防接種を依頼できることを確認のうえ、下記をご記入ください。

接種医療機関名		接種予定日	年 月 日
所在地	〒		

該当する箇所にチェックしてください。

依頼書の宛先	<input type="checkbox"/> 市町村長宛 <input type="checkbox"/> 医療機関(接種医)宛
依頼書の郵送先	<input type="checkbox"/> 被接種者の滞在先 <input type="checkbox"/> 被接種者の住所(安中市の住所)

予診票の送付	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(再発行の場合は接種が重複しないようご注意ください)
--------	---