

区域外予防接種依頼書交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 三芳町長

〒

申請者 住所

氏名

(被接種者との続柄)

電話

下記の理由により、三芳町において予防接種を受けることができないので、予防接種依頼書の交付を申請します。

保護者	<input type="checkbox"/> 申請者と保護者が同じ <input type="checkbox"/> 被接種者が20歳以上] の場合は <input type="checkbox"/> にチェックしてください。(この欄の記入は不要です。)	
	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	

被接種者	住所	三芳町
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	

希望する予防接種	依頼理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医が住所地外市町村であるため <input type="checkbox"/> 里帰り出産等で一時的に住所地外市町村区域に居所を置いているため <input type="checkbox"/> 治療中である疾病の主治医が住所地外区域であるため <input type="checkbox"/> かかりつけ医が、町が予防接種を委託している医療機関以外のため <input type="checkbox"/> その他 []
	ワクチン名 (..... 回目) (..... 回目) (..... 回目) (..... 回目)
	接種機関名 (依頼先)	
	住所	〒

依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 保護者の住所 <input type="checkbox"/> 被接種者の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先の住所 〒	様方
--------	--	----