

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

中芸広域連合長 様

申請者 住所

氏名

被接種者との続柄 ()

電話 ()

下記のとおり、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	フリガナ			
	氏 名			
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女	
保護者氏名 申請者と異なる場合に記入してください		続柄		
電話番号	— —			
予防接種名 (複数ある場合は、それぞれ記載してください)				
接種予定日	年 月 日			
申請理由 (該当する理由に○をしてください)	(1) 母親が出産等で、接種対象となる子どもを連れて、県外の市町村に長期にわたり里帰りする場合			
	(2) 災害その他やむを得ない理由により県外に継続的に滞在している場合			
	(3) 県外の施設または病院に、入院・入所している場合			
	(4) その他中芸広域連合長(以下「連合長」という。)がやむを得ない特別の理由があると認める場合			
接種を予定している 医療機関等	名 称			
	住 所			
	電話番号	— —		
申請理由				
現住所 住民票の所在地を記入してください	高知県安芸郡			
滞在先	住 所			
	世帯主名			
	電話番号	— —		
備考				