

年 月 日

予防接種実施依頼書交付申請書

豊見城市長 殿

申請者 住 所 豊見城市  
 氏 名  
 電 話

下記のとおり契約外医療機関で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。

記

|            |   |                  |    |     |
|------------|---|------------------|----|-----|
| 被接種者       | 住 所   | 豊見城市             |    |     |
|            | 氏 名   |                  |    |     |
|            | 生年月日  | 年 月 日 (満 歳)      | 性別 | 男・女 |
| 予防接種の種 類   |   |                  |    |     |
| 依頼理由 (※任意) |   |                  |    |     |
| 滞 在 先      | 住 所   | 〒                |    |     |
|            | 世帯主   |                  |    |     |
|            | 期 間   | 年 月 日 から 年 月 日まで |    |     |
| 備 考        | 1. 予診票の郵送を希望 ( する ・ しない ) ※1<br>「する」に○をした場合、必要な予診票の種類<br>( 全部 ・ 一部 ( ) ) ※1※2<br>2. 送付希望先 ( 現住所 ・ 滞在先住所 ) ※1<br>3. その他 ( )<br>※1 どちらかに○をつけてください。<br>※2 一部を選択した場合は必要な予防接種名を記入してください。 |                  |    |     |