様式第1号（第6条関係）

圏域外定期予防接種申込書

年 月 日

加 東 市 長 様

申 込 者	住所
	氏名
	接種を受ける人との続柄 ()
	電話番号 — —

次のとおり定期予防接種を受けたいので、申し込みます。

接 種 を 受 け る 人	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳 か月)
	住 所	☐ 申込者と同じ		
		☐ 申込者と異なる場合 加東市		
保護者氏名		続柄		
定期 予防 接種 の 種類				
滞 在 先 住 所 及 び 連 絡 先	〒 — — 都・道 府・県 (様方) 電話番号 — —			
滞 在 予 定 期 間	年 月 から 年 月 まで			
接 種 を 希 望 す る 医 療 機 関 又 は 施 設	〒 — — 都・道 府・県 (医療機関名)			
申 込 理 由	1. 保護者の里帰り出産等のため 2. 長期の入院や施設への入所のため			