

圏域外予防接種実施依頼書交付申込書

令和 年 月 日

加 東 市 長 様

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____ 続柄 ()

電話番号 _____

予防接種を圏域外の医療機関で受けたいので、次のとおり申し込みます。

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)
	住 所 連絡先	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる場合 〒 — 加東市 電話番号 — —		
予防接種の種類				
接種を希望する 医療機関又は 施設	所在地			
	医療機関又は施設名			
	医師名			
申請理由				

圏域外予防接種実施依頼書交付申込書

令和 年 月 日

加 東 市 長 様

続柄：必ず記入してください

本人又は家族の方が
申請してください

(申請者)

住 所

氏 名

続柄 ()

電話番号

予防接種を圏域外の医療機関で受けたいので、次のとおり申し込みます。

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)
	住 所 連絡先	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる場合 〒 ー 加東市 電話番号 ー ー		
予防接種の種類				
接種を希望する 医療機関又は 施設	所在地			
	医療機関又は施設名			
	医師名			
申請理由	(例) 〇〇〇施設に入所しているため 〇〇病のかかりつけ医のため、など			