

様式第 1 号（第 6 条関係）

ときがわ町定期予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

ときがわ町長 様

申請者 住 所 ときがわ町大字
氏 名
被接種者との関係
電話番号

下記の理由により定期予防接種を委託医療機関以外の医療機関で受けたいので申請
します。

記

被接種者	住 所	〒		
	氏 名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）		
保護者 (18歳未満の場合)	氏 名	(続柄)		
滞在先 (施設名)	氏 名 及び名称		電話 番号	
	住 所	〒		
予防接種の種類				
契約外医療機関で定期予 防接種を希望する理由				
接 種 医療機関	住 所	〒		
	医 療 機 関 名		電話 番号	
備 考				