

定期予防接種依頼書

第 号
年 月 日

様

名寄市長



次の者が、貴院（市町村）で予防接種を希望しておりますので、名寄市定期予防接種実施要綱第9条の規定により、ご依頼申し上げます。

接種後は、予診票又はその写しを送付くださるようお願いいたします。

なお、当該予防接種により健康被害が発生した場合は、本市において関係法令に基づき対応いたします。

記

被接種者	住 所	〒	
	(電話番号)	(TEL - -)	
	フリガナ		性別
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)	
保護者氏名			
滞在先住所		〒	
(電話番号)		(TEL - -)	
滞在先期間		自 年 月 日から 至 年 月 日まで	
予防接種の種類（回数）			
予防接種に関する経費		貴院（市町村）の指示に従います	
依頼理由			
備考			

《担当者》

《返送先》