様式第１号（第３条関係）

令和　　年　　月　　日

湧別町長　刈　田　智　之　　様

申請者　住　　所　湧別町
氏　　名
電話番号

予防接種依頼書交付申請書

標記の件について、下記の内容で予防接種を町外で受けたいので、依頼書の交付を申請します。

記

予防接種	・Hib(1・2・3・追) ・肺炎球菌(1・2・3・追) ・四種混合(1・2・3・追) ・BCG	・MR(1 期・2 期) ・水痘 ・子宮頸がん ・その他（　　）	
(ふりがな) 対象者氏名	（　　）	生年月日	年　　月　　日
保護者氏名	※申請者と違う場合	続柄	
現住所	※申請者と違う場合		
町外で受診・ 接種する理由			
滞在先住所 電話番号	（〒　　－　　） 電話番号（　　）		
滞在期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで		

※ 依頼書の送付先：現住所・滞在先・その他（　　）