

様式第 1 号（第 3 条関係）

令和 年 月 日

湧別町長 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) ・ MR(1 期・2 期) ・ 肺炎球菌(1・2・3・追) ・ 水痘 ・ 四種混合(1・2・3・追) ・ 子宮頸がん ・ BCG ・ 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 ()