

予防接種実施依頼書交付依頼書

依頼日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

浜 田 市 長 様

依頼者住所 浜田市〇〇 町〇〇
氏名 〇〇 〇〇

被接種者^{ふりがな}氏名 〇〇 〇〇

生 年 月 日 〇〇 年 〇〇月 〇〇日

住 所 浜田市 〇〇 町 〇〇

電 話 番 号 (〇〇－ 〇〇－ 〇〇)

保 護 者 氏 名 〇〇 〇〇

依 頼 事 由 〇〇〇〇のため

市外滞在予定期間 〇〇月 〇〇日頃まで

〒

滞 在 先 住 所 〇〇県〇〇市〇〇

〇〇 様方

電 話 番 号 (〇〇－ 〇〇－ 〇〇)

接種を受ける医療機関

(依頼先市区町村) 名 〇〇医院

〒

依頼書の送付先住所 〇〇県〇〇市〇〇

電 話 番 号 (〇〇－ 〇〇－ 〇〇)

依頼書の宛先 (市区町村長あて ・ 接種を受ける医療機関の長あて)

*必ず接種を受ける市区町村にご確認のうえ、どちらかに○をしてください