

予防接種実施依頼書交付申請書

（あて先）津南町長

年 月 日

申請者	住所
	氏名
	接種を受ける人との続柄 本人・保護者・その他（ ）
	電話番号（昼間連絡の取れる番号）

次のとおり契約外医療機関で予防接種を受けることを希望しますので、予防接種依頼書の交付を申請します。

接種を受ける人	ふりがな	生 年 月 日	
	氏 名	年 月 日（ 歳 か月）	
	住 所 電 話 番 号	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる 〒 電 話 （ ）	
	保 護 者 氏 名	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる（氏名）	
予防接種の種類	※複数回接種が必要なものは、接種回数も記入してください。		
滞在先住所	〒 （ 様方） 電 話 （ ） （ 年 月 日頃まで滞在予定）		
接種希望医療機関	医療機関名		
	所 在 地		
	電 話 番 号 （ ）		
申 請 理 由	☐ 出産等の理由で県外に長期にわたり里帰りをしているため ☐ 県外の施設に入所、又は県外の医療機関に入院しているため ☐ その他（ ）		
依頼書の送付先	☐ 現住所（住民票のある所） ☐ 滞在先住所 ☐ その他 〒 （ 様方）		