

予防接種依頼書交付申請書

申請日

※見本

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇 日

名護市長 殿

申請者
(保護者)の住所

名護市港一丁目一番一号

氏名

名護 一郎

名
護

連絡先

☎ 090-〇〇〇〇-△△△△

下記の理由により、滞在先市町村で子どもの予防接種を実施したいので、次のとおり申請します。

ふりかな		なご たろう	
被接種者	氏名	名護 太郎	
	生年月日	令和 1 年 5 月 1 日 (0 歳 2 ヶ月)	性別(男・女)
住所		〒 905-0014 名護市 港一丁目一番一号	
予防接種の種類・期/回数		例: ヒブ 1、2、3回目 小児用肺炎球菌 1、2、3回目 四種混合Ⅰ期 1、2、3回目	
滞在先に行く保護者	氏名	名護 花子	
	生年月日	平成7 年 5 月 23 日	性別(男・女)
滞在先の住所		〒 〇〇〇-×××× 東京都〇〇〇市1-2-3 〇〇〇 様方 <連絡先> ☎ 090-〇〇〇〇-□□□□	
滞在先の世帯主様の名字			
滞在先理由		例: 里帰り出産による一時帰省	
滞在先期間		令和 〇〇 年 〇 月 ~ 令和 〇〇 年 〇 月	

分かる範囲で結構です

