

様式第4号(第8条関係)

地域外定期外予防接種依頼書交付申請書

被接種者	住 所	小美玉市		
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年	月	日(歳 か月)
保護者氏名				
理 由				
滞在先住所・電話番号				
予防接種の種類		<p>※該当する予防接種の種類に○をつけてください。</p> <p>1 おたふくかぜ</p> <p>2 インフルエンザ</p> <p>3 ロタウィルスワクチン</p> <p>4 成人用肺炎球菌</p> <p>5 その他</p>		
接種予定医療機関		住 所 医療機関名 電 話 番 号		
上記の予防接種を受けたいので、定期外予防接種依頼書の交付を申請します。 年 月 日				
小美玉市長 殿		住 所 _____ 申請者 氏 名 _____ 電話番号 _____		