

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		※該当する予防接種の種類に○をつけてください。 1 おたふくかぜ 2 インフルエンザ 3 成人用肺炎球菌 4 その他		
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 申請者 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____				