

令和 年 月 日

(あて先)  
成田市長 小泉 一成

保護者氏名 \_\_\_\_\_

### 定期予防接種の契約について (依頼)

下記の理由で、県外での定期予防接種を希望します。  
つきましては、( ) に対し、定期予防接種の契約をしてくだ  
さるようお願いします。

|           |       |   |
|-----------|-------|---|
| 希望する予防接種  |       |   |
| 被 接 種 者   | 住 所   |   |
|           | 氏 名   |   |
|           | 生年月日  |   |
|           | 電話番号  |   |
| 保 護 者 氏 名 |       |   |
| 依 頼 理 由   |       |   |
| 滞 在 先     | 住 所   | 〒 |
|           | 連 絡 先 |   |
| 依 頼 病 院   | 住 所   | 〒 |
|           | 病 院 名 |   |
|           | 連 絡 先 |   |

《 送付先 》

〒 286-0017

千葉県成田市赤坂 1 - 3 - 1

成田市保健福祉館 健康増進課

TEL 0476 - 27 - 1111

FAX 0476 - 27 - 1114