令和　　年　　月　　日

（あて先）

成田市長　　小泉　一成

申　請　者　名

被接種者との続柄

電　話　番　号

# 定期予防接種の委託契約締結について（依頼）

下記の理由により、県外での定期予防接種を受けるため、（　　）と委託契約を締結するよう依頼します。

記

| | | |
|---|---|---|
| ワクチンの種類 | | |
| 被接種者 | 住所 | 成田市 |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 依頼理由 | □　里帰り出産等<br>□　長期入院<br>□　その他（理由：　　） | |
| 滞在先 | 住所 | |
| | 連絡先 | |
| 接種を受ける病院 | 病院名 | |
| | 所在地 | |
| | 電話番号 | |

【問い合わせ先】

〒286-0017 成田市赤坂 1 丁目 3 番地 1　成田市保健福祉館内

成田市地域医療政策課

電話番号 0476-27-1119　　FAX 番号 0476-27-1114