

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