

**記入例**

日付は記入しないで下さい。

令和 年 月 日

(あて先)

成田市長 小泉 一成

同じ名前を記入して下さい(両親どちらでも可。)→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、予防接種の契約をしてくださるようお願いします。

接種を希望する病院名を記入。

希望する予防接種	滞在期間中に接種できる定期予防接種名 (例：Hib 感染症・小児の肺炎球菌・四種混合 等)	
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	県外に長期滞在する理由を記入(例：里帰りのため)	
滞 在 先	住 所 〒	滞在先の郵便番号・住所・連絡先を記入。 滞在先の名字が違う場合は「様方」も記入。
	連 絡 先	
依 頼 病 院	住 所 〒	
	病 院 名	滞在先で予防接種を受ける病院の名称・ 郵便番号・住所・連絡先を記入
	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