

委託医療機関外定期予防接種依頼書交付申請書

(あて先) 成田市長

申請年月日 年 月 日

申請者名

被接種者との続柄

電話番号

下記により委託医療機関外定期予防接種依頼書の交付を受けたいので申請します。

予 防 接 種 を 受 け る 方	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	成田市
	電話番号	
滞 在 先	住 所	〒 様方
	電話番号	
ワ ク チ ン の 種 類		
接 種 す る 医 療 機 関 名	※ 事前に医療機関へ相談し、依頼書を持参して接種することについて了承を得てください。	
接 種 す る 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 里帰り出産等 <input type="checkbox"/> その他（具体的にお書きください。）	
接 種 費 用	<input type="checkbox"/> 本人が負担（有料） <input type="checkbox"/> 相手自治体が負担（無料）	
予 防 接 種 依 頼 書 の あ て 先	(例) ○○病院 院長、○○市長、○○市保健所長など	

