

記入例

接種する前に健康増進課へ提出してください。

青文字のところをご記入ください。

様式第1号(第4条関係)

令和●年●月●日

魚沼市長

申請者(保護者)

住所 魚沼市 大沢 2 1 3 番地 1

氏名 魚沼 翔

連絡先電話番号 025-792-9763 (携帯可)

予防接種実施依頼書発行申請書

下記により、予防接種を他市区町村で受けたいので、予防接種実施依頼書の発行を申請します。

記

被接種者氏名 生年月日・性別	(フリガナ) ウオヌマ アユ 魚沼 鮎 男 ・ 女 令和元年6月15日 生
滞在先住所	〒 888-8888 群馬県〇〇市本町888番地 (滞在先世帯主 群馬 智 様方) 電話番号: 888 - 1234 - 5678
滞在期間	令和元年5月10日 から 令和元年8月31日 まで
滞りの理由	里帰り出産
予防接種の種類	ヒブ1回目、小児肺炎球菌1回目 ※複数回接種が必要なものは、接種回数も記入してください。
接種予定日 医療機関 (決まっている場合は 記入)	接種予定日: 令和元年8月10日(複数回の場合は初日) 医療機関: □□□□医院