

# 定期予防接種依頼書発行申請書

年 月 日

池 田 市 長 様

申 請 者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

予 防 接 種 を 受 け る 者 と の 続 柄 ( )

下 記 の と お り 依 頼 書 の 発 行 を 申 請 し ま す 。

1. 予 防 接 種 を 受 け る 者 住 所 池 田 市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 年 月 日 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

2. 保 護 者 氏 名 \_\_\_\_\_

※ 申 請 者 と 同 一 の 場 合 、 記 入 不 要

住 所 池 田 市 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

3. 予 防 接 種 の 種 類 \_\_\_\_\_

4. 理 由 \_\_\_\_\_

5. 予 防 接 種 を 受 け る 場 所

都 道 府 県 市 町 村 医 療 機 関 名

6. 滞 在 先 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

上 記 の 申 請 に よ り 、 予 防 接 種 他 市 依 頼 書 を 発 行 し て よ ろ し い か 。

(宛 先)

課 長

担 当