

# 指定医療機関外 予防接種実施依頼申請書

年 月 日	
福知山市長 様	
申請者 住所 〒 _____	
福知山市	
氏名 _____ 続柄( )	
電話 _____	
接種を希望する 子どもの氏名	フリガナ _____ 生年 月 日 _____ 年 月 日 ( 歳 カ月)
希望する予防接種の 種類及び回数	
接種予定日	年 月 日 頃
滞在先住所	〒 _____ 様方 電話 ( _____ )
申請理由	・ 里帰り ・ その他 [ _____ ]
依頼先	主治医・市町村長等 [ _____ 都・道・府・県 _____ 市 _____ ]
	接種医療機関名
	住所 〒 _____
	連絡先・電話等
接種歴	希望する予防接種の前の接種歴
	_____ なし・( )回目 _____年 _____月 _____日
	_____ なし・( )回目 _____年 _____月 _____日
	_____ なし・( )回目 _____年 _____月 _____日
	_____ なし・( )回目 _____年 _____月 _____日
	_____ なし・( )回目 _____年 _____月 _____日
依頼書送付先	1. 現住所      2. 滞在先      3. その他( _____ )

**【注意事項】**

- 1 申請書受理後、依頼書の発行事務作業に約1週間かかります。
- 2 予防接種依頼書は直接保護者に郵送しますので、依頼先に提出してください。

受付日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

受付者サイン \_\_\_\_\_

