

(別紙様式1)

他市町村での予防接種申請書

留萌市長 様

申請者住所 〒

申請者氏名

電話番号

他市町村で、下記の予防接種を行いたいので申請します。

記

予防接種の種類			
予防接種を受けられる方について			
(フリガナ)		性別	
氏名		生年月日	
住所	〒 TEL		
保護者氏名		続柄	
滞在先住所	〒 TEL		
理由	由 該当項目に○を付けてください。 1 里帰り出産のため他市町村に長期滞在のため。 2 入院・施設入所等により他市町村に長期滞在のため。 3 家庭の都合により他市町村に長期滞在のため。 4 その他 ()		
予防接種実施医療機関について(必須)			
名称			
住所	〒 TEL		

※予防接種料金の自己負担額が生じる場合がありますので、予めご了承願います。

送付先 〒077-0023 北海道留萌市五十嵐町1丁目1番10号
留萌市保健福祉センターはくとふる保健医療係
電話 0164-49-6050
FAX 0164-49-2822