

他市町村での予防接種申請書

次のとおり、他市町村での予防接種を申請します。

記

被接種者	(ふりがな) 氏名	()	性別	
	生年月日	年 月 日		
	住所	〒 電話		
	滞在先	〒 電話		
保護者氏名		続柄		
予防接種名				
理由	予防接種実施予定日における該当項目を選択してください。 1 保護者の里帰り出産で他市町村に滞在しているため 2 他市町村の医療機関に入院または施設に入所しているため 3 保護者の家庭の都合により他市町村に滞在しているため 4 その他 ()			
申請者	申請日	年 月 日		
	住所	〒 電話		
	氏名	_____ (被接種者との続柄：)		
予防接種 実施医療機関	名称			
	住所	〒 電話		

※予防接種費用の自己負担額が生じる場合があります。予めご了承ください。

送付先 〒077-0023 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とふる 保健医療係

電話 0164-49-6050 FAX 0164-49-2822