

様式第 3 号（第 6 条関係）

定期予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

（あて先）笠松町長

申請者 住所

氏名

電話番号 —

被接種者との関係

下記の理由により、定期予防接種を委託医療機関で受けることができませんので、定期予防接種実施依頼書の発行を申請します。

なお、この申請に当たり、笠松町において被接種者の住民情報を確認することに同意します。

被接種者	フリガナ	
	氏名	(申請者と同じ)
	生年月日	年 月 日生 (歳)
	住所	〒 - 笠松町 (申請者と同じ)
	電話番号	
保護者(必要な場合のみ記載)	氏名	
	電話番号	(申請者と同じ)
笠松町で定期予防接種ができない理由(該当に○)		里帰り出産での定期予防接種 かかりつけ医での定期予防接種 施設入所 その他 ()
依頼する医療機関	名称	
	住所	〒 -
	電話番号	
滞在先(里帰り、施設等)	名称	
	住所	〒 -
	電話番号	
希望する定期予防接種の種類		
定期予防接種を予定する期間	年 月 日 ~ 年 月 日	