

定期予防接種の実施依頼に係る申請書

年 月 日

砂川市長 様

住 所
申請者（保護者）
氏 名

続柄（ ）

市外の医療機関において定期予防接種を受けたいので、砂川市からの実施依頼について下記のとおり申請します。

記

ふりがな		性別	男・女
被接種者氏名			
生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成		
住民基本台帳登録地 (住 所)	〒		
電話番号	自宅（ - ） 携帯（ - - ）		
滞在先の住所等	〒 [電話]		
予防接種の種類			

予防接種医療機関意見書	
市外で接種する理由	() 長期入院・長期入所のため () 病状から主治医の下で接種することが望ましいため
接種医療機関	医療機関名
	担当医師名 印

※二重線の枠内は、医療機関で記入してください。