

厚岸町定期予防接種依頼書交付申請書

令和 年 月 日

厚岸町長 様

申請者 住 所 厚岸町
氏 名
(続柄)
電話番号 () -

次のとおり町外で定期予防接種を受けたいので、定期予防接種依頼書の交付を申請します。

記

1 対象者氏名

生 年 月 日 平成・令和 年 月 日 (歳 か月)

2 申請理由 ☐ 対象者が厚岸町外に滞在するため

(滞在事由：)

※滞在先住所及び連絡先電話番号

住所：〒

(様方)

連絡先電話番号：

☐ 主治医に下記の医療機関での接種を指示されているため

(医療機関名：)

3 申請理由の期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

4 定期予防接種の種類