別記様式第２号（第７条関係）

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（０９　０）１１１１－１１１１

　　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