

小千谷市長 あて

住 所：〒
小千谷市申請者
(保護者) 氏 名： (続柄：)

連絡先電話番号：

予防接種実施依頼書交付申請書

新潟県外で定期予防接種を受けさせたいので、下記のとおり予防接種実施依頼書の発行を申請します。

記

フリガナ 被接種者氏名	
生年月日	昭和 平成 年 月 日生まれ (歳) 令和
滞 在 先 住 所	〒 () 様方 連絡先電話番号：
滞 在 の 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
滞 在 の 理 由	
予防接種の種類	
接種開始予定日	接種 (開始) 予定日：令和 年 月 日
接種予定医療機関 (決まっている場合記入)	医療機関： 電話番号：
依頼書の宛名	1 滞在先の行政機関の長 (役職・氏名：) 2 医療機関の長
依頼書の送付先	1 現住所 (申請者と同じ) 2 滞在先住所 3 滞在先の行政機関 所在地・部署名 4 その他 住所・あて先