

様式第2号（第12条関係）

日吉津村定期予防接種区域外接種申請書

年 月 日

日吉津村長 様

申請者（保護者） 住 所
氏 名 ⑩
被接種者との続柄（ ）
連絡先

次のとおり定期予防接種を受けたいので、日吉津村予防接種実施要綱第12条に基づき依頼書の発行について申請します。

被接種者 (予防接種 を受ける 人)	ふりがな		生年 月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	氏 名			
	住 所	日吉津村大字		
申請理由	<p>該当する番号に○を付し、その理由等を詳しくご記入ください。</p> <p>1 委託外医療機関（施設）に（通院中・入院中・入所中）のため ※（ ）内の該当するものに○印をつけてください。</p> <p>■ 医療機関（施設）名</p> <p>■ 所在地</p> <p>受診科名 主治医名</p> <p>■ 病名</p> <p>2 その他</p> <p>理由</p>			
連絡先 (滞在先)	住 所	〒		
	ふりがな		電話番号	
	氏 名			
滞在期間	年 月 日から 年 月 日			
予防接種の 種類				