

様式第1号（第4条関係）

洲本市定期予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

洲本市長 様

申請者 住 所 _____

(注1) 氏 名 _____

(被接種者との続柄 _____)

電話番号 (_____) - _____

実施医療機関以外の医療機関で定期予防接種を受けることを希望しますので、洲本市定期予防接種費用助成事業実施要綱第4条第1項の規定により、定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	住 所	洲本市
	フリガナ 氏名等	(男・女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	滞 在 先 (注2)	〒 - 電話番号 (_____) - _____
申 請 理 由		
予防接種の種類		
接 種 希 望 医 療 機 関	所 在 地	
	名 称	
依 頼 書 の 宛 先	・ 地方公共団体 (_____ 都道府県 _____ 市区町村) <input type="checkbox"/> 医療機関等	

注1 被接種者が未成年者の場合は、その保護者が申請すること。

2 被接種者が市外に滞在している場合にのみ記入すること。