県外（市外）医療機関等での予防接種希望申請書

令和　○○　年　○○　月　○○　日

子育て支援課長　様

申請者　氏名　能代　花子

住所　能代市上町１－３

電話番号　0185-89-2948

下記のとおり、県外（市外）医療機関等で予防接種を希望いたします。

記

被接種者氏名	能代　太郎　　申請者との続柄　母
被接種者生年月日	令和○○　年　○○　月　○○　日
住　所 ※申請者と同住所の場合省略可	〒016-0501 能代市上町１－３
滞在先住所	〒000-0000 ○○県○○市○○１－１ （　○○　）様方
連絡先電話番号	０９０－１２３４－５６７８
滞在期間	令和　○○　年　４　月　～　令和　○○　年　８　月
申請理由	里帰り中のため、かかりつけ医のため　など
希望する 予防接種の種類 ※該当するものを丸で囲んでください。ない場合はその他にご記入ください。	(ロタ)　(B型肝炎)　(小児肺炎球菌)　(五種混合)　BCG 麻しん風しん混合　水痘　日本脳炎　HPV　任意インフルエンザ RSウイルス その他（　）
医療機関名 所在地 電話番号	〒000-0000 ○○県○○市○○１２－３ ０１２－３４５－６７８９