様式第２号（第６条関係）

記号及び番号

　　　　年　　月　 日

様

能代市長　　　　　　　　　　　印

予防接種等実施依頼書

本市に住所を有する次の者が、貴院で予防接種等を受けることを希望していますので、予防接種等を実施していただきますようお願いいたします。

なお、当該予防接種等に起因する健康被害が生じた場合は、当市が責任を負うものとします。

また、接種料金を徴収される場合は、被接種者から徴収することとし、接種終了後は、予診票等の原本又は写しを被接種者又は保護者の方へ交付いただきますようお願いいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  接  種  者 | 住所 | 〒 | | |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男　　　・　　　女 |
| 保護者氏名  ※被接種者が申請者と異なる場合 | |  | 電話番号 |  |
| 予防接種等の  種類 | |  | | |
| 申請理由 | |  | | |
| 滞在期間 | | 年 　　　月　　 　日　 から 　　 　年　　　 月　　 　日まで | | |
| 滞在先住所  及び電話番号 | | 〒　　　－    　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　 方）  電話番号 | | |