

予防接種実施依頼書交付申請書

年　　月　　日

十日町市長様

〒

申請者 住 所 _____

(保護者) 氏 名 _____

電話番号 _____

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

被接種者	住 所	十日町市
	ふりがな	
	氏 名	(男・女)
	生年 月日	年　　月　　日 (満　　歳　　か月)
滞在先住所	〒 (滞在先世帯主　　様方) 電話番号 :	
※該当するものに□をつけてください		
滞在の期間	<input type="checkbox"/> 予定あり (　　年　　月　　日 ~ 　　年　　月　　日) <input type="checkbox"/> 未定	
滞在の理由	<input type="checkbox"/> 出産・育児に伴う里帰り <input type="checkbox"/> その他 ()	
予防接種名	※複数回必要なものは、複数回数も記入してください。	
依頼書の宛名	※滞在先の市町村にご確認のうえ、ご記入ください <input type="checkbox"/> 市区町村長 <input type="checkbox"/> 実施医療機関の長 → 医療機関名 ()	
依頼書の受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口受取 <input type="checkbox"/> 郵送にて受取 ※送付先 (<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 滞在先市町村の担当部署)	