

## 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	