

予防接種依頼状交付申請書

年 月 日

菊池市長 様

申請者（保護者）住 所 〒

氏 名 (続柄)

電話番号

下記の者は、() の予防接種を菊池市委託医療機関で接種できないので、予防接種依頼状の交付をお願いします。

記

被接種者

住 所	菊池市	番地	
ふりがな		生年	年 月 日
氏 名		月 日	(満 歳 カ月)
予防接種の種類		接種予定日	年 月 日
申 請 理 由	1. かかりつけ医のため 2. 入院（入所）中のため（入院・入所先：) 3. 市外に長期滞在のため（期 間： ~) (滞在先：) 4. そ の 他 ()		
接種を希望する 医療機関・施設	住所		
	名称		

〈以下は市記入欄〉

☆7歳6カ月未満の場合、最終予防接種名と接種日の確認

(予防接種名：)

(接種年月日： 年 月 日)

☆依頼状の交付 窓口

郵送 : 送付先 _____)

※郵送の場合申請者が返信用封筒に送付先を記入、切手貼付のこと