予防接種実施依頼書交付申請書

　　　　　　　　年　　月　　日

嘉麻市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄　　　　　）

このことについて、下記のとおり県外の医療機関で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな対象者氏名 | 　 | 生年月日 | 　　年　月　日 |
|  |
| 年　　齢 | 　　　　　　　　歳 |
| 住　　　所 | □申請者と同じ嘉麻市 | 電話番号 |  |
| 滞　在　先 | 　　　　　　　都・道・府・県 | 　　　　市町村 |
| 連　絡　先 | 氏名　　　　　　　（続柄：　　　） | 電話番号 |
| 県外接種の理由（該当箇所に☑） | □入院・入所中　　　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 予防接種の種類（該当箇所に☑） | □肺炎球菌　　□インフルエンザ　　□新型コロナ |
| 接種予定の医療機関 | 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |