

申請番号_____

様式第1 (第5条関係)

新城市市外定期予防接種 (A類疾病) 実施依頼書交付申請書

年 月 日

新 城 市 長

申請者 住所

氏名

電話番号 — —

予防接種法に規定する定期の予防接種 (A類疾病) について、新城市外での接種を希望するため、下記のとおり申請します。

記

被接種者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 新城市 (電話 —)			
	ふりがな		男・女	生年 月日	年 月 日生
	氏名			(歳 か月)	
保護者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		続柄		
申請理由 (※)	1. 疾病等のため、かかりつけ医の継続的治療または指導を受けている者 2. やむを得ない事情により、市外に事実上居住している者 3. その他 ()				
希望する 予防接種	予防接種の種類	回数			
接種 医療機関	所在地: () 市・町・村 医療機関名:				

※該当する所に○をつけてください。