

年 月 日

東松島市長 様

定期予防接種実施依頼申請書

申請者

住 所 東松島市

氏 名

被接種者との続柄（ ）

電話番号

このことについて次の理由により、東松島市が実施する予防接種法に基づく予防接種を  
 \_\_\_\_\_で受けますので、依頼書を交付していただきますよう申  
 請します。

被 接 種 者	住 所	東松島市		
	ふりがな		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日生（ 歳 か月）		
保護者氏名		続柄（ ）	電話番号	
予防接種の種類				
※3か月以内に接種予定のものについてのみ申請してください。				
他の市区町村で接種する理由		<input type="checkbox"/> 低出生体重児及び慢性疾患等を有し、主治医のもとでの予防接種が指示されているため <input type="checkbox"/> 他の市区町村の医療機関等に長期入院（所）しているため <input type="checkbox"/> 里帰り分娩等で長期間他の市区町村に滞在しているため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
滞 在 先	住 所			
	氏 名	様方	電話番号	