

# (例)

様式第1号 (第5条関係)

平成〇〇年 〇月 〇日

山中湖村長 殿

申請者

住 所 山中湖村山中〇〇〇〇

氏 名 山中 花子 印

電話番号 (昼間連絡の取れる番号) 090-××××-●●●●

(被接種者との続柄 母 )

## 予防接種実施依頼書交付申請書

下記のとおり、他市町村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。

予防接種名	ヒブ・小児肺炎球菌・B型肝炎・4種混合・BCG			
被接種者	住 所	〒 401-0501 山中湖村山中〇〇〇〇		
	フリガナ 氏 名	ヤマナカ タロウ 山 中 太 郎		
	生年月日	平成〇〇 年 〇 月 〇 日	性別	男 女
	電話番号	0555-〇〇-〇〇〇〇 (携帯可)		
保護者氏名	山中 花子			
滞 在 先	住 所	〒△△△-□□□□ 〇〇県△△市・・・・番地 (平成〇年 〇月 〇日頃まで滞在予定) ( 〇〇 様方)		
	電話番号	〇〇 - 〇〇〇〇 (自宅・携帯可)		
実 施 医 療 機 関	医療機関名	△△病院 (正式名)		
	所在地	〒□□□-〇〇〇〇 〇〇県△△市・・・・番地		
	電話番号	△△△-〇〇〇-〇〇〇〇		
依頼期間	平成〇年 〇月 〇日 から 〇年 〇月 〇日 まで ※原則として公布の日から3か月以内			
郵送先 ※いずれかに○	(1) 自宅 (2) 滞在先 (3) その他 〒			
申請理由	里帰り出産のため			

