

塩尻市県外定期予防接種依頼書

年 月 日

塩尻市長

住所  
申請者 氏名  
電話番号

印  
(自署の場合は  
押印不要)

県外で定期予防接種を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
接種を受ける人			
住所		申請者との続柄	
滞在先			
県外で接種を受けた理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> 仕事の都合 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
接種予定の医療機関名 住所	医療機関名： 住所：		
県外で接種する 予防接種の種類			

\* 申請書が届き次第、医療機関へ接種依頼書を送付します。