

別紙

年 月 日

予防接種依頼申請書

京丹後市長 様

申請者 住所 京丹後市

氏名 印

下記のとおり、予防接種を京丹後市以外の市町村で接種したいので、当該医療機関（市町村）への接種依頼について申請します。

被接種者氏名	男・女
生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)
住 所	〒 京丹後市 電話 — —
保 護 者 氏 名	続柄 ()
滞 在 地	〒 電話 — —
希望の予防接種名	
接種希望先の 医 療 機 関 名 または市町村名	医療機関（市町村）名 住所 電話 — —
理 由	

※接種を希望する医療機関が未定の場合は、市町村名をご記入ください。