

様式第 1 号（第 5 条関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

高鍋町長 殿

申請者（保護者）

住 所 高鍋町大字

氏 名

被接種者との関係 （ ）

やむを得ない事情により、下記の予防接種を県内において受けることができませんので、次のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

住 所	高鍋町大字		
被接種者氏名		生年月日	年 月 日
保護者氏名		電話番号	
依頼する 市区町村 (医療機関名)			
予防接種名			
依頼期間			
依頼する 理由			
滞在先住所	〒 (様方)		
連絡者氏名		電話番号	