

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

有田町長 様

申請者

印

区域外での予防接種申請書

下記のとおり、有田町が委託する医療機関以外の医療機関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。

予防接種の種類			
接種を受ける者の 氏 名		生年月日	年 月 日
		性 別	男 ・ 女
住 所	有田町		
保 護 者 氏 名		電話番号	
依頼先市区町村 (医療機関名)			
依頼する理由			
滞在先住所			
滞在期間			