

令和 年 月 日

## 予防接種依頼書交付申請書

長浜市長 様

申請者 住所 長浜市  
(保護者)

氏 名

電話番号

他市町村での予防接種を希望し、予防接種依頼書の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、住民票を確認されることに同意します。

記

予防接種の種類	
被接種者名	
生年月日	年 月 日生
接種希望市町村・医療機関名	
理由	

書類送付先

〒

接種日 ※予約済の方のみ

令和 年 月 日