

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