

(別紙様式1)

## 他市町村での定期予防接種願

年 月 日

夕張市長 様

### 1. 保護者

氏 名 ㊟

住 所

電話番号

### 2. 被接種者

氏 名

生年月日 年 月 日 ( 歳 ヲ月)

保護者との続柄

### 3. 接種を希望する事項

市町村名

病院名

予防接種名 (定期予防接種で受けるものを全てご記入ください)

### 4. 滞在先

住 所

氏 名

電話番号

滞在期間 年 月 日 ~ 年 月 日

このたび下記の理由により、夕張市内の医療機関で予防接種を受けることができなく、上記の3で接種を受けたいので、予防接種依頼書を発行して下さるようお願いいたします。

理 由