

(別紙様式1)

他市町村での定期予防接種願

令和△年 △月 △ 日

夕張市長 様

1. 保護者

氏 名 夕張 太郎
住 所 夕張市本町4丁目
電話番号 0123-52-3106

2. 被接種者

氏 名 夕張 花
生年月日 令和○ 年 ○ 月 ○ 日 (×歳 ×ヵ月)
保護者との続柄 長女

3. 接種を希望する事項

市町村名 札幌市
病院名 ○○○病院

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)

ロタウイルスワクチン、小児肺炎球菌ワクチン
B型肝炎ワクチン、五種混合ワクチン、BCG

4. 滞在先

住 所 札幌市○○○条○丁目
氏 名 札幌 次郎
電話番号 090-××××-△△△△
滞在期間 令和×年×月×日 ～ 令和×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 里帰りのため

※添付書類 身分証明書(マイナンバーカード、健康保険証など)の写し