

年 月 日

善通寺市長 様

県外での予防接種実施申出書

県外の医療機関で予防接種を受けたいので、下記のとおり申し出ます。

申請者 住所

氏名

被接種者との続柄 ()

連絡先

※太枠内のみ記入してください。

被接種者	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	〒 - 善通寺市
接種時に同伴する方の連絡先 (昼間連絡のとれる電話番号)		- - 被接種者との続柄 ()
保健課記入欄 (備考欄)		

受付処理欄

■ 医療機関宛て依頼書

(窓口にて手渡し ・ 郵送 月 日)