

年 月 日

狛江市長 宛て

保護者 住所 狛江市  
氏名  
電話 ( )

予 防 接 種 依 頼 申 請 書

下記の協定外区市町村における予防接種を希望するので、狛江市定期 (A類疾病) 予防接種実施要領第 7 条第 1 項の規定により、申請します。

記

ふりがな 被接種者氏名	
生年月日	年 月 日 (満 歳 箇月)
現在の居所	
連絡先	電話 ( )
予防接種を希望する協定外市区町村名	
協定外区市町村において 予防接種を希望する理由	
希望する予防接種の種類	

【依頼書の宛て先】

保健所長  
市町村長 \_\_\_\_\_ 様  
区 長

【予防接種を希望する協定外区市町村における担当者の連絡先】

担当者名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_