

子どもインフルエンザ予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

いわき市長 様

申請者 住所

氏名

続柄 ( )

以下のとおり、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	いわき市
保 護 者	氏 名	続柄 ( )
	電話番号	
滞 在 先	住 所	〒 - 様方
他市医療機関で予防接種を希望する理由		<input type="checkbox"/> 病気治療中（疾患名： ）により、 主治医のもとの接種が必要 <input type="checkbox"/> 家庭の事情（ ）により、 3か月以上滞在のため <input type="checkbox"/> その他（ ）
希望する期間又は月日		年 月 日 から 年 月 日 まで ※ 10月1日～翌年2月末日までの期間内
希望する 医療機関	名 称	<input type="checkbox"/> 受け入れ状況確認済
	所 在 地	
	電話番号	

市記入欄

所長	次長	係長	係員	担当	備考
----	----	----	----	----	----