

様式第5号(第12条関係)

宝達志水町地域外子ども等任意予防接種依頼書

被接種者	住 所	宝達志水町		
	氏 名		性別	男 女
	生年月日	年	月	日( 歳 か月)
保護者氏名				
理 由		(1) 基礎疾患管理中で、主治医の指示及び管理の下で予防接種を受ける必要がある (2) その他( )		
予防接種の種類		*該当する予防接種の種類に○を付けてください。 1 ロタウイルス 2 インフルエンザ		
接種予定医療機関		住所 医療機関名 電話番号		
上記の予防接種を受けたいので、任意予防接種依頼書を提出します。 年 月 日 宝達志水町長 様 (申請者) 住所 氏名 電話番号				
(印)				