第　号

令和　年　月　日

臼杵市長　様

〇〇市長　　□□　□□□

予　防　接　種　実　施　依　頼　書

　〇〇市に住所を有する下記の者が、定期予防接種を希望していますので、御対応いただきますよう、お願いいたします。

　なお、当該接種に起因する健康被害の救済措置については、○○市において一切の責任を負いますので申し添えます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **被接種者名** |  | | **性　別** |  |
| **生年月日** |  | | **年　齢** | 歳　　　カ月 |
| **住所** | 〇〇市 | | | |
| **保護者氏名** |  | | **続　柄** |  |
| **電話番号** |  | | | |
| **滞在地** | 臼杵市 | | | |
| **依頼理由** |  | | | |
| **予防接種名** |  | | | |
| **接種を希望する医療機関** | |  | | |

連絡先

《郵便番号》

〇〇市・・・・・・・・

電話：\*\*\*-\*\*\*\*-\*\*\*\*

担当：▲▲