

様式 1

年 月 日

大台町長 様

申請者（保護者） _____

県外接種依頼書発行申請書

大台町が実施する予防接種について、下記理由により三重県内で受けられませんので、滞在先にて接種できますようご配慮をお願い申し上げます。

1. 申請者（保護者）

住 所	大台町		
氏名(ふりがな)	()		
連 絡 先	()		

2. 被接種者

住 所 (滞在先)	〒		
氏名(ふりがな)	()		
生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
連 絡 先	()		

3. 県外接種の理由

理 由	
-----	--

4. 接種予定医療機関等

医療機関名	
住 所	〒
電 話	()
接種予定日	年 月 日
接種等種類	

見本

様式 1

年 月 日

大台町長 様

申請者（保護者） _____

県外接種依頼書発行申請書

大台町が実施する予防接種について、下記理由により三重県内で受けられませんので、滞在先にて接種できますようご配慮をお願い申し上げます。

1. 申請者（保護者）	
住 所	大台町
氏名(ふりがな)	()
連 絡 先	()
2. 被接種者	
住 所 (滞在先)	〒
氏名(ふりがな)	()
生年月日	年 月 日
連 絡 先	性 別 男 ・ 女
3. 県外接種の理由	
理 由	
4. 接種予定医療機関等	
医療機関名	
住 所	〒
電 話	()
接種予定日	年 月 日
接種等種類	

住民登録地

この枠に「ふりがな」を記入してください。

**滞在先で接種しなければいけない理由を記入してください。
例)里帰り出産のため**

依頼文書を送付しますので、医療機関名は必ず、記入してください。

決まっていなければ、空白にしてください。

**接種されるワクチン名を記入してください。
例)ロタウイルスワクチン 1回目 等**