

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

宮古島市長 殿

申請者

氏 名 _____ 続柄（ ）

住 所 宮古島市 _____

電話番号 _____

滞在先市町村で予防接種を受けたいので、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	年齢	歳 ヶ月
	住所 ※申請者と異なる場合は記入	宮古島市		
接種 医療機関	名 称			
	住 所	〒		
	電話番号			
依頼理由		<input type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
滞在先 (保護者・ 付添人)	氏 名	(続柄)	TEL	
	住 所	〒 (方)		
	滞在期間	年 月 日 ~ 年 月末		

※太枠内には記入しないでください。

予防接種の 種類・期/回数	
依頼状宛名	
事務処理	<input type="checkbox"/> 請求事務 <input type="checkbox"/> 償還払い <input type="checkbox"/> その他（ ）