

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

佐用町長 様

申請者 住所 _____

(保護者) 氏名 _____ (印)

Tel. _____

佐用町定期予防接種実施依頼書交付申請書

佐用町の委託医療機関以外での定期予防接種を希望しますので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

接種を受ける人	ふりがな 氏名	男・女	生年 月 日	年 月 日 (満 歳)
	住所	〒 (Tel.) 佐用町 番地		
保護者	氏名	(接種を受ける人との続柄)		
滞在先 (施設名)	〒 住 所 : 世帯主名 : (施設名) (Tel.)			
予防接種の種類				
接種を希望する 医療機関	〒 所 在 地 : 医療機関名 : (Tel.)			
申請理由	1 かかりつけ医で予防接種を受ける必要がある 2 入院又は施設に入所している 3 里帰り等で県外に帰省又は居住している 4 その他 ()			
この制度の利用にあたり、住民基本台帳、予防接種台帳等の閲覧及び調査並びに医療機関等へ内容について照会することに同意します。 署名 (保護者) _____				

注) 取得した個人情報につきましては、当該助成事務以外には使用いたしません。