

様式第1号（第4条関係）

予防接種実施依頼書 発行申請書

※申請者の方へ…申請日及び枠の中をすべてご記入ください。

年 月 日

（宛先）各務原市長

申請者（保護者）

住所	
氏名	（続柄 ）
電話	

下記の事情により、各務原市指定医療機関で予防接種を受けることができません。
滞在先の市町村又は医療機関で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書を発行してください。

接種につきましては、依頼する市町村又は医療機関の実施方法に従います。

被接種者	氏名		性別	男・女	生年 月日	年 月 日 (歳 カ月)
	住所	各務原市			電話	
希望する 予防接種名						

滞在先等	住所	〒 (世帯主氏名)
	電話	
	滞在理由	

* 予防接種を依頼できることを確認していただき、下記をご記入ください。

医療機関名		所在地	
医師名		電話	

【申請書提出先】〒504-0912

岐阜県各務原市那加桜町2丁目163

各務原市役所健康管理課

電話：058-383-1115