

様式第1号（第5関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

山田町長 佐藤 信逸 様

申請者

被接種者との続柄（ ）

受託外医療機関で予防接種を受けたいので、山田町小児インフルエンザ予防接種助成事業実施要綱第5の規定により、申請します。

記

| | | |
|------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 予防接種名 | 小児インフルエンザ 予防接種 | 該当する回数に○を付けてください。 1 2 |
| 被接種者の氏名 | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | |
| 住 所 電話番号 | 山田町 TEL | |
| 滞在先 (町外に滞在の方) | | |
| 接種医療機関 | | |
| 依頼理由 | (あてはまる番号に○をつける) 1 主治医での接種を希望のため 2 その他（ ） | |

山田町記入：別紙のとおり、依頼書・請求書兼実績報告書を発行してよろしいか伺います。

| 決 裁 印 | 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 担 当 者 |
|-------|-----|------|-----|-------|
| | | | | |