

様式第1号(第4条関係)

和水町定期予防接種実施依頼申請書

平成27年 7月 1日

和水町長 様

申請者(窓口に来た方)

住所 和水町江田3886

氏名 和水 花子 (印)

被接種者との関係 母親

電話番号 0968-86-3111

下記のとおり定期予防接種について実施依頼していただくよう申請します。

記

被接種者	ふりがな 氏名	なごみ いちろう 和水 一郎	性別	男 女	生年月日	H26年 5月 1日
	住所	〒865-0192 和水町江田3886				
保護者	氏名	和水 花子				
滞在先 (施設名)	世帯主名 又は 施設名称	福岡 太郎	電話番号	000-000-000		
	住所	〒000-0000 福岡県福岡市△△△123-1				
予防接種の種類	4種混合 ヒブ 小児用肺炎球菌					
依頼理由	里帰り出産で、息子も一緒に福岡の実家に住むため、 福岡の実家近くの医療機関にて予防接種を受けさせる。					
接種予定医療機関	福岡クリニック					
備考						