令和　　年　　月　　日

小城市長　様

申請者氏名　　㊞

申請者住所

電話番号

被接種者との続柄　□本人　□保護者　□その他（　　）

予防接種依頼書発行申請について

下記のとおり佐賀県以外で予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

記

希望する予防接種	
接種を予定している 医療機関名及び住所	医療機関
	住所
	電話番号
被接種者氏名	
被接種者生年月日	
滞在先	住所　　（　　様方）
	電話番号
滞在理由	

（以下、市記入欄：確認したら□にチェックを入れてください）	受付印
□本人確認（運転免許証等） □被接種者の住基確認	