

令和 年 月 日

小城市長 江里口 秀次 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☑を入れてください)	受付印
☐ 本人確認 (マイナンバーカード等) ☐ 被接種者の住基確認	