

日向市長 様

申請者（保護者または被接種者本人）

住所	〒
氏名	被接種者との続柄（ ）
電話	

予防接種実施依頼書交付申請書

下記の理由により、日向市で実施する予防接種を県外の自治体又は医療機関で接種することを希望するため、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	住所	〒
	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日
滞在先住所		〒 _____ (方) 連絡先：
滞在予定期間		年 月 日から 年 月 日まで
申請理由		<input type="checkbox"/> 里帰り出産により依頼先へ滞在中のため <input type="checkbox"/> 依頼先にある医療機関に入院、通院中のため <input type="checkbox"/> 依頼先にある施設に入所中のため <input type="checkbox"/> その他 [_____]
希望する 予防接種の種類		
接種医療機関		名 称： 所在地： 連絡先：
実施依頼書の宛名		<input type="checkbox"/> 市区町村長宛て <input type="checkbox"/> 医療機関長宛て ※滞在先の自治体へ確認後、ご記入ください。