

年 月 日

長与町長 様

申請者（保護者）

住 所

氏 名

印

予防接種実施依頼交付申請書

次のとおり県外で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 （ 歳 か月）
	住所	〒 — 長崎県西彼杵郡長与町
	保護者氏名	
滞在先	滞在先住所	〒 —
	連絡先電話番号	
	滞在の理由	
	滞在期間	年 月 日 から 年 月 日
希望する予防接種の種類		
接種 医療機関	医療機関名	
	住所	〒 —
	電話番号	