

県外定期予防接種実施依頼申請書

年 月 日

（申請先）中能登町長

【申請者】住 所 中能登町

氏 名

（対象者との続柄 ）

電話番号 （ ）

定期予防接種を次の理由により、県外医療機関で受けたいので、次のとおり申請します。

- 申請理由 1 里帰り出産等で長期にわたり石川県外に滞在しているため
2 その他（ ）

被接種者（お子さま）	(ふりがな) 氏 名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	年齢	歳 ヶ月
	住 所	中能登町		
保護者氏名				
予防接種名		B型肝炎（1回目・2回目・3回目） ヒブ（1回目・2回目・3回目） 小児用肺炎球菌（1回目・2回目・3回目） 四種混合 1期（1回目・2回目・3回目） BCG その他（ ）		
県外医療機関	名 称			
	所在地			
	電話番号			
滞在先	世帯主氏名			
	住 所			
	電話番号			