

# 定期予防接種依頼書交付申請書

※太枠の中をご記入ください。

年 月 日			
藤 沢 市 長			
被接種者住所			
被接種者氏名			印
代筆者氏名			(続柄)印
他の市町村で予防接種法に基づく定期予防接種を受けたいので、依頼書の交付をお願いします。なお、この申請に関し住民記録情報を市長が利用することに同意します。			
被接種者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日(年齢)	年 月 日 ( 歳 )		
接種場所 (市町村名及び医療機関名)			
予防接種の種類			
依頼理由			
連絡先(滞在場所)	〒 電 話 ( ) 住所		
依頼書送付先	・住所地 ( ) ・入所施設 ( ) ・連絡先 ( ) ・その他 ( )		
依頼書送付先宛名	・本人 ・代筆者 ・その他 ( )		

上記申請につき、依頼書を交付してよろしいでしょうか。

課 長	課長補佐	主 査	担 当	公印使用 承認印

起案日

決裁日

施行日