様式第1号（第4条関係）

年　　月　　日

川辺町長　様

申請者　　住所

氏名

電話番号

被接種者との続柄（　　）

川辺町定期予防接種実施依頼書交付申請書

次のとおり定期の予防接種を受けたいので、川辺町定期予防接種費用の助成に関する要綱第4条第1項の規定により、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	住　　所	川辺町 電話番号　　（　）		
	ふりがな 氏　　名		保護者名	
	生 年 月 日	年　　月　　日　　（　　歳　　か月）		
	滞在地または在籍施設名・所在地	〒　　－ 電話番号　　（　）		
	滞在予定期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日まで		
	滞 在 理 由			
予 防 接 種 名				
●接種機関（接種依頼できることを確認のうえご記入ください。）				
医 療 機 関 名			所 在 地	
医　　師　　名			電話番号	

＊郵便申請の場合の依頼書送付先

□　申請者　　□　施設担当者

□　その他（　　）