

様式第1号（第4条関係）

江田島市予防接種実施申出書

平成 年 月 日

江田島市長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
(被接種者との関係)
電話番号

次のとおり医療機関等で予防接種を受けたいので、申し出ます。

| | | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|---|----|-----|
| 予防接種の種類 | | | | |
| 被 接 種 者 | 住 所 | | | |
| | ふりがな 氏 名 | | 性別 | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| ふ り が な 保護者又は後見 人等の氏名 | | | | |
| 申 請 理 由 | (1) 母親の里帰り出産等で、県外に事実上居住しているため | | | |
| | (2) 両親が離婚調停中等の理由で、県外に事実上居住しているため | | | |
| | (3) 県外の医療機関、施設等に入院又は入所しているため | | | |
| | (4) その他 () | | | |
| 実施医療機関等の 名称及び所在地 | | | | |
| 滞 在 期 間 | 年 月 日～ 年 月 日 予定 | | | |
| 滞 在 先 | 〒 - 様方 電話 () - | | | |

※ 「申請理由」欄には、該当する番号に○をし、(4)の場合は、()内にその内容を記入してください。