

様式第 1 号（第 4 条関係）

江田島市予防接種実施申出書

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	〒 ー 様方 電話 () ー			

※ 「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。