

年 月 日

三 木 市 長 様

申請者 (本人または親族)

住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

他市町への予防接種実施依頼に関する申請書

下記の者は次の理由により三木市において予防接種が受けられないので、

※ \_\_\_\_\_ において予防接種が受けられるように申請します。

※予防接種を受ける市町名（医療機関の所在市町名）を記入してください

被接種者	住 所	〒673- 三木市
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	T・S 年 月 日 ( 歳)
	申請者との続柄	
予防接種の種類	带状疱疹ワクチン定期予防接種 ワクチンの種類 ( )	
受診医療機関名	〒	
滞在先 (施設等)	〒 ( ) 様方	
理 由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医のため <input type="checkbox"/> 入院・入所中のため <input type="checkbox"/> その他 ( )	
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者宅 <input type="checkbox"/> 滞在先 <input type="checkbox"/> その他 ( )	