

年 月 日

三 木 市 長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

T E L _____

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	平成・令和 年 月 日（ 歳 か月）
	申請者との続柄	
予防接種の種類		
受診医療機関名		
滞在先住所		〒 () 様方
理 由		
依頼書の送付先		☐ 滞在先 ☐ 自宅