

年 月 日

三 木 市 長 様

〒

申請者 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 （該当に○）		・インフルエンザ定期予防接種 ・新型コロナ定期予防接種（新型コロナウイルス感染症の定期）	
受診医療機関名		〒	
滞在先（施設等）		〒 () 様方	
理 由 （該当に☑）		☐ かかりつけ医のため ☐ 入院・入所中のため ☐ その他（ ）	
依頼書の送付先 （該当に☑）		☐ 申請者宅 ☐ 滞在先 ☐ その他（ ）	