

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

函館市長 様

住所 函館市

申請者 氏名

被接種者との関係

函館市が実施する予防接種を受けることができないので、次のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	住 所	函館市		
	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏 名		性別	男 ・ 女
保護者氏名			電話	
依頼する 市区町村				
依頼する 予 防 接 種				
依頼期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		
依頼する理由				
滞在先住所		〒 ー 方		
連絡者氏名			電話	

注 接種を希望する日の2週間前までに、母子保健課へ郵送等で提出してください。

記載例

予防接種実施依頼書交付申請書

令和4年4月1日

函館市長 様

住所 函館市五稜郭町23番1号

申請者 氏名 函館 雪子

被接種者との関係 母

函館市が実施する予防接種を受けることができないので、次のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	住所	函館市 五稜郭町23番1号		
	フリガナ	ハコダテ ハナコ	生年月日	令和4年 2月 1日
	氏名	函館 花子	性別	男 ・ 女
保護者氏名	函館 太郎	電話	00-0000	
依頼する市区町村	札幌市中央区 札幌医院 ※病院名も必ず記入願います。			
依頼する予防接種	ヒブワクチン1回目～3回目, 小児用肺炎球菌ワクチン1回目～3回目 四種混合ワクチン1回目～3回目			
依頼期間	令和4年 5月 1日 から 令和4年 10月 31日まで ※依頼書の有効期間は最長6ヶ月です。			
依頼する理由	長期里帰りのため			
滞在先住所	〒060-0006 札幌市中央区北3条西6丁目1番1号 札幌 方			
連絡者氏名	函館 雪子	電話	011-000-0000	

注 接種を希望する日の2週間前までに、母子保健課へ郵送等で提出してください。