

町外医療機関予防接種依頼交付申請書

令和〇〇年 〇月 〇日

利尻町長 上遠野 浩志 殿

住所 利尻町沓形字緑町

申請者 氏名 利尻 太郎 (印)

電話番号 84-〇〇〇〇

下記の理由により、町外の医療機関の予防接種を希望しますので、予防接種依頼書の交付を申請します。

記

予防接種名	●●ワクチン	
町外接種の事由	町内に不在のため	
被接種者名	住所	利尻町沓形緑町
	滞在先住所	札幌市中央区南△条〇丁目〇番地
	氏名	利尻 花子(接種をされる方の氏名)
	生年月日	令和〇年△月〇日
接種医療機関	名称	医療法人〇〇会 〇〇総合病院
	住所	札幌市中央区北△条東〇丁目〇番地
接種予定日	令和〇年〇月△日	