

長泉町県外定期予防接種実施依頼申請書

年 月 日

長 泉 町 長 様

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号  
対象者との続柄

定期予防接種を次の理由により、県外医療機関で受けたいので、次のとおり申請します。

- 申請理由
- 1 県外医療機関をかかりつけ医療機関としている場合
  - 2 里帰り出産等で長期にわたり静岡県外に滞在する場合
  - 3 両親が離婚調停中等の理由で静岡県外に事実上居住している場合
  - 4 静岡県外の施設に入所している場合
  - 5 その他（ ）

対象者	(ふりがな) 氏 名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	年齢	歳 ヶ月
	住 所	長泉町		
予防接種名				
県外医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号			
滞在先	世帯主氏名			
	住所			
	電話番号			