

(例)

年 月 日

柏原市長様

申請者 住所 柏原市

氏名 保護者の氏名

予防接種の実施について（申請）

みだしのことにつきまして、柏原市で実施する予防接種法の規定に基づく予防接種を下記の理由により受けることができないため、予防接種依頼書を発行していただけるよう、よろしく願いいたします。

記

1 予防接種の種類

2 か月から受けられる定期予防接種（ヒブ・小児用肺炎球菌）
3 か月以降から受けられる定期予防接種（4種混合）

2 依頼先の市町村

依頼先の市町村

3 接種医療機関名

受ける予定の医療機関名

4 接種者指名

氏名 お子様の名前 (男・女)

お子様の生年月日

生年月日 年 月 日

5 被接種者住所

柏原市 住民票のある住所

6 保護者氏名

保護者の名前

TEL

7 滞在場所

〒

滞在中の住所

(様方)

8 理由

滞在中の理由(里帰り等)

確約書

接種費用については、予防接種をする管轄の市町村の指示に従います。

なお、予防接種による健康被害が生じた場合は、貴市と協議のうえ解決することを確約し署名捺印します。

氏名 保護者の氏名