様式第2号（第6条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　 　　 　号

　　年　　月　　日

（医療機関）　　　御中

身延町長　　　　　　　印

予防接種実施依頼書

次の者の予防接種を貴医療機関において実施していただきたくご依頼申し上げます。予防接種を受けたことにより健康被害が生じた場合は、本町が救済措置を行います。

また、接種料金は、本人又は保護者から徴収してください。接種終了後は、領収書及び予診票を本人又は保護者へ交付いただきますようお願い致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保護者氏名 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 接種希望者 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 予防接種名 |  | |
| 滞在先 | 〒    電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　様方） | |
| 依頼理由 |  | |
|  | |
| 有効期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | |