

様式第 1 号（第 4 条関係）

広陵町県外予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

広 陵 町 長 殿

申請者 住所 広陵町
氏名
(被接種者との関係)
電話番号

広陵町が実施する予防接種を奈良県外の医療機関で受けたいので、広陵町県外予防接種費用助成事業実施要綱第 4 条の規定に基づき、県外予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被 接 種 者	フリガナ 氏 名 生年月日 年 月 日生 男・女
保 護 者 氏 名	
住 所 連 絡 先	広陵町 電話番号
滞 在 先 住 所 連 絡 先	電話番号
実施医療機関名 所 在 地	電話番号
広陵町で予防接種を 受けられない理由	☐ 里帰り出産等のため ☐ 県外医療機関・施設等で療養中のため ☐ その他 ()
予防接種の種類	
依 頼 書 の 送 付 先	広陵町の住所 滞在先の住所