

令和 年 月 日

真 庭 市 長 様

申請者氏名 _____ 印

県外での予防接種について(申請)

このことについて、次のとおり予防接種の依頼を _____ に依頼して下さる
ようお願いします。

記

ふ り が な	
接 種 者 氏 名	
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
住 民 基 本 台 帳 登 録 地 住 所	〒 — (電話 — —)
予 防 接 種 名	インフルエンザ
依 頼 理 由	
接 種 希 望 日	令和 年 月 日
接 種 希 望 場 所	
滞 在 先 住 所 (郵 送 先)	〒 — (様方) (電話 — —)