

記入例

様式第1号（第5条関係）

令和6年10月1日

四万十市長 様

申請者 住所 **四万十市中村大橋通4丁目10番地**
氏名 **四万十 太郎** 印
電話 **0880-34-1115**
被接種者との関係 **本人**

予防接種実施依頼書交付申請書

次のとおり、高知県外にて予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者	住 所	四万十市 中村大橋通4丁目10番地		
	氏 名	シマノト 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	生年月日	昭和34年 4月 1日 （ 65 歳 か月）		
依頼する 医療機関又は 市区町村	都立東京病院			
依頼する 予防接種	高齢者インフルエンザ			
依頼期間	令和6年10月10日 から 令和6年12月31日 まで			
依頼する理由	高知県外の医療機関に入院中のため			
滞在先住所	〒 183 -XXXX 東京都〇〇市〇〇番地 △△病院			
連絡者氏名	四万十 花子 (被接種者との関係: 妻)	電話	0880-34-1115	