

様式第 1 号（第 4 条関係）

受 付 印	
-------------	--

年 月 日

下田市定期予防接種実施依頼書発行申請書

下田市定期予防接種費用助成要綱第 4 条の規定により、下記のとおり指定医療機関以外の医療機関における定期予防接種を希望します。

記

被 接 種 者	住 所			
	氏 名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 （ 歳 か月）		
	連 絡 先			
予 防 接 種 名				
理 由				
滞 在 地	住 所			
	電 話 番 号			
保 護 者	氏 名			
	住 所			
	連 絡 先			

下田市長 様

申請者 住 所 下田市

氏 名

印