

予 防 接 種 実 施 依 頼 書 交 付 申 請 書

年 月 日

（宛先）上富良野町長

〒

申請者 住 所  
氏 名

（被接種者との続柄）

電話番号

やむを得ない理由により、上富良野町と委託契約を締結していない医療機関で予防接種を受けることを希望したく、以下の注意事項を確認した上で、次のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

注意事項

- (1) 予防接種実施依頼書が使用できるのは、接種を受ける対象者の住民登録が上富良野町にある間に限ります。
- (2) 本申請書の内容を接種を希望する滞在先市区町村医療機関等にお伝えする場合があります。
- (3) 接種開始時期や接種間隔が満たない場合などは定期の予防接種にはなりません。（全額自己負担）

フリガナ 被 接 種 者 氏 名	生年月日 年 月 日生 ( 歳 か月)
被 接 種 者 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒07 - 空知郡上富良野町
保 護 者 氏 名 (被接種者が18歳未満 の場合に記入)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ( 電話 )
依 頼 す る 予 防 接 種 名	記入例: ヒブ 1回目 B型肝炎 1回目 接種予定日: 年 月 日 など
申 請 理 由	1 里帰りのため 2 医療機関に入院等のため 3 その他( ) 滞在期間( 年 月 日～ 年 月 日まで )
滞 在 先 住 所	〒 - 都道府県 市区町村 様方 ( 電話 )
接種を希望する 市区町村 医療機関	(市区町村医療機関名)
	〒 - 都道府県 市区町村 ( 電話 )