

年 月 日

宇土市長 様

住所 宇土市  
保護者 氏名  
電話番号

宇土市乳幼児・児童・生徒インフルエンザ予防接種依頼書に係る交付申請書

宇土市の委託医療機関以外の医療機関で予防接種を受けたいので、予防接種依頼書の交付を申請します。

|                               |       |  |    |     |
|-------------------------------|-------|--|----|-----|
| 予防接種を受けたい医療機関                 | 医療機関名 |  |    |     |
|                               | 住所    |  |    |     |
|                               | 電話番号  |  |    |     |
| 予防接種を受け<br>る方の情報              | 住所    | <input type="checkbox"/> 保護者と同じ。<br><input type="checkbox"/> 宇土市 |    |     |
|                               | 氏名    | (フリガナ)<br>.....  |    |     |
|                               | 生年月日  | 年 月 日  | 年齢 | 歳 月 |
| 委託医療機関以外の医療機関で<br>予防接種を受けたい理由 |       |  |    |     |