

## 予 防 接 種 申 出 書

次の医療機関で、予防接種法に基づく定期予防接種を受けたいので申し出ます。

住 所		(生年月日)
被 接 種 者 名		平成 年 月 日生 (満 歳 ヲ月)
予防接種の種類		
医 療 機 関	医療機関名	
	住 所	
	主 治 医	
市の指定している医療機関で受けられない理由 (申出の理由)		

平成 年 月 日

保護者名  
(申出者名)

Ⓔ

住 所

電話番号

高島市長 福井 正明