

広域予防接種申請書

（乳幼児・児童等）

平成 年 月 日

神石高原町長 様

住 所 神石高原町 _____

申 請 者 _____ 印

電話番号 _____

※携帯等の連絡がつく番号を記入してください。

以下のとおり、申請します。

1. 予防接種の種類及び回数（複数申請可）

※必ず母子手帳を確認の上、接種回数を記入してください。回数がないと券が発行できません。

2. 被接種者氏名 及び生年月日

_____（男・女）平成 年 月 日

3. 保護者名 ※申請者と同じ場合は省略して下さい。

4. 保護者住所 ※申請者と同じ場合は省略して下さい。

神石高原町 _____

電 話 番 号 _____

5. 医療機関名

6. 医療機関住所

7. 接種希望日 平成 年 月 日

※申請から受け取りまで一週間程度かかりますので、ご了承ください。