

申請日：令和 年 月 日

宜野湾市長 殿

住 所：_____
申請者氏名：_____
被接種者との続柄：_____
申請者連絡先：_____

定期予防接種について

下記の理由で、指定医療機関以外での予防接種の実施を希望します。

記

- 1 被接種者氏名：_____
- 2 被接種者の生年月日：_____年 月 日
- 3 被接種者住所：_____

- 4 連絡先：_____
- 5 予防接種の種類：_____

- 6 滞在理由：_____
- 7 滞在先住所：_____

- 8 接種予定医療機関：_____
- 9 滞在期間：令和 年 月 日

受付者名：_____