

第1号様式（第3条関係）

沼津市定期予防接種依頼申請書

年 月 日

（あて先）沼 津 市 長

住 所

申 請 者 氏 名

印

電話番号

（ ） 予防接種を次の理由により、沼津市の指定医療機関以外の医療機関で受けたいので、次のとおり申請します。

- <理由> 1. 沼津市の指定医療機関以外の医療機関をかかりつけ医療機関としているため
 2. 里帰り出産等で、長期にわたり市外に滞在するため
 3. やむを得ない理由（ ） があるため
 4. その他（ ）

被接種者名	(ふりがな) 氏 名			性別	男・女
	生年月日	年 月 日 (満 歳)			
	住 所	沼津市	電話番号		
保護者氏名				住 所	

接種医療機関名			
住 所	〒		
電 話 番 号		その他	

《行政記入欄》

確 認 欄		
住 民 登 録	有・無	
そ の 他 (特 記 事 項)	無・有	
依 頼 書 交 付	済	年 月 日 (担当:)