

B類定期予防接種他市依頼書発行願い（本人・家族申請用）

年 月 日

三田市長あて

申請者

住所 〒

氏 名 (続柄)

電話番号 ※日中連絡可能な電話番号

下記の理由により、三田市内で予防接種を受けることができませんので依頼書の発行をお願いします。
なお、接種を希望する医療機関が所在する市町村において接種料が有料の場合は全額自己負担することとします。

記

[illegible]

※市処理欄

①受付時確認	☐ 住民登録 ☐ 対象年齢 ☐ 接種歴 ☐ 医療機関 ☐ 接種日 (担当:)				
②健管・台帳入力、帳票印刷 (日付: 担当:)			③発送 (日付: 担当:)		