

様式第2号（第2条関係）

年 月 日

様

四万十町長

予防接種実施依頼書

本町に住所を有する次の者に予防接種を実施していただきますよう、お願いいたします。

なお、当該予防接種に起因する健康被害が生じた場合は、予防接種法に基づき当町が責任をもって対応いたします。

また、接種料金を徴収される場合は、被接種者から徴収し、領収書の発行願います。

接種終了後は、お手数をおかけしますが、予診票の原本又は原本写しを被接種者へ交付くださいますようお願いいたします。

被 接 種 者	ふりがな		生年月 日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	四万十町		
保護者氏名	連絡先電話 ()			
滞在先住所 (施設名)	〒 - () 方			
依頼する予防 接種の種類及 び接種回数				
依頼理由	<input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> 疾病等 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 主治医の指示 <input type="checkbox"/> その他 ()			