予防接種実施依頼書交付願申請書

（宛先）金沢市長

下記のとおり、石川県外で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

申請日		年　　月　　日
申請者【被接種者が未成年のときは保護者】	郵便番号	－
	住所	金沢市
	氏名	

予防接種の種類		HPVワクチン		1回目	□
				2回目	□
				3回目	□
被接種者	住所	金沢市			
	氏名				
	生年月日	年　　月　　日			
	滞在先	郵便番号	－		
		住所	都道府県　　市区郡　　町村		
			番地		
			建物名、部屋番号		
			方書	様方	
保護者（被接種者が未成年のとき）	氏名		電話番号	※日中連絡可能な電話番号	

申請理由		□ 進学・就職 □ その他（　　）
予防接種を受ける	市区町村名	
	医療機関名	
	医療機関所在地	
その他	依頼書は原則１枚で交付します。 １枚での交付以外を希望する場合は、交付枚数、方法等を記入してください。 （　　）	

以下は、滞在先の市町村に確認し、記入してください。

依頼書の宛名	□ 市町村長宛 □ 医療機関宛
依頼書の送り先	□ 市町村役場（金沢市から滞在先の市町村役場に直接送付） □ 滞在先の住所 □ 申請者の住所 □ その他（　　）

※ 滞在先の市町村によっては、自己負担が必要となる場合があります。