

申 請 書

平成 年 月 日

白老町長 様

申請者 印
(申請者との続柄)

白老町で実施していましたが予防接種を下記の理由により接種できなかったため、他市町村にて接種できるようよろしくお取り計らいをお願いします。

記

《ふりがな》 被接種者氏名		男・女	T・S・H 年 月 日生 (歳 カ月)
被接種者住所			
保護者氏名		電話番号	
予防接種名			
接種を希望する市町村名及び病院名			
申請理由			
滞在先住所	住所		
	氏名		電話番号

担当 健康福祉課 健康推進グループ