

年 月 日

(あて先) 白老町長 様

(申請者) 住 所

氏 名

印

電話

### 予防接種依頼書交付申請書

白老町で実施する予防接種について、下記の理由により接種出来ないため、白老町外の医療機関において接種を希望しますので、予防接種依頼書の交付を申請します。

#### 記

被接種者	住 所	〒 白老郡白老町  TEL
	氏 名	ふりがな  生年月日：明治・大正・昭和 年 月 日
予防接種の 種類	高齢者肺炎球菌	
接種を希望する 市町村名及び病 院名		
申請理由	1. 病気治療等により、町外の医療機関に入院しているため。 2. 町外の施設等に入所しているため 3. その他 ( )	
依頼書のあて先 (滞在先住所)	〒 住所： 医療機関・施設名： TEL：	

※接種を受ける自治体に、接種が可能か予めご確認ください。

〒059-0904

白老郡白老町東町4丁目6番7号

白老町健康福祉課健康推進グループ

電話番号：0144-82-5541

記載例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 白老町長

(申請者) 住 所

ご本人またはご家族の  
お名前、連絡先等

白老町〇〇〇〇〇

氏 名

白老太郎

印

電話

予防接種依頼書交付申請書

白老町で実施する予防接種について、下記の理由により接種出来ないため、白老町外の医療機関において接種を希望しますので、予防接種依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	住 所	〒 白老郡白老町〇〇〇〇〇〇  T E L
	氏 名	ふりがな しらおい はなこ 白 老 花 子 生年月日：明治・大正・昭和 〇〇年〇〇月〇〇日
予防接種の 種類	高齢者肺炎球菌	
接種を希望する 市町村名及び病 院名	自治体名〇〇市、〇〇〇〇病院	
申請理由	1. 病気治療等により、町外の医療機関に入院しているため。 2. 町外の施設等に入所しているため 3. その他 ( )	
依頼書のあて先 (滞在先住所)	〒 住所：〇〇市〇〇区〇〇〇〇 医療機関・施設名：〇〇〇〇〇〇 T E L：〇〇〇〇〇〇	

※接種を受ける自治体に、接種が可能か予めご確認ください。

〒059-0904

白老郡白老町東町4丁目6番7号

白老町健康福祉課健康推進グループ

電話番号：0144-82-5541