様式第2号（第4条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

医療機関の長　様

豊郷町長

豊郷町定期予防接種県外実施依頼書

　本町に住所を有する下記の者が、下記の理由により貴医療機関において接種を受けることを希望していますので、接種していただきますようお願いします。

　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被害救済制度が適用されます。

　また、接種費用については、被接種者から徴収し、予防接種別の費用がわかる領収書を発行していただくとともに、各予防接種に使われた予診票の原本を被接種者にお渡しいただきますようお願いします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふりがな |  | 生年月日  （年齢） | 年　　月　　日  （　　　歳） |
| 氏名 |  |
| 保護者氏名  （未成年者のみ） |  | | | |
| 住所 | 豊郷町 | | | |
| 滞在先等 | 〒 | | | |
| 依頼予防接種名 |  | | | |
| 依頼理由 |  | | | |
| 有効期限 | 年　　　月　　　日まで | | | |