様式第３号（第７条関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

　　年　　月　　日

奈井江町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

やむを得ない理由により、奈井江町において定期予防接種を受ける事が困難なため、次のとおり、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  被接種者氏名 |  | 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  保護者氏名 |  | 電話番号 |  |
| 住所 | 〒079－  空知郡　奈井江町 | | |
| 依頼する予防接種名 | 新型コロナワクチン定期接種 | 接種予定日 |  |
| 申請理由 | １　遠隔地への里帰りのため（おおむね生後3か月以上）  ２　医療機関に長期入院もしくは施設に長期入所するため  ３　その他やむを得ない特別な理由のため | | |
| 滞在先住所 | 〒　　　　－  　　　　　　　都道府県　　　　　　　市区町村  　　　　　　　　　　　　様方　　電話番号（　　　　　）　　　－ | | |
| 滞在期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日まで | | |
| 接種を希望する  医療機関等 | （名称） | | |
| （住所）  〒　　　　－  　　　　　　　都道府県　　　　　　　市区町村  　　　　　　　電話番号（　　　　　）　　　－ | | |

**【町記入欄】**

＊申請者への確認事項

（１）申請理由

　　　その他やむを得ない特別な理由について（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（２）依頼書送付先　１．自宅　２．滞在先　３．滞在先市区町村　４．医療機関

　　　　　　　　　　５．その他（　　　　　　　　　　　　　　）

＊滞在先自治体への確認事項

（１）依頼先 １．市区町村　２．医療機関　３．その他（　　　　　　　　　）

（２）使用する予診票　 １．依頼先　　２．奈井江町

＊依頼先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市区町村名  もしくは  医療機関名 |  | 担当 |  |
| 所　在　地 | 〒　　　　－  　　　　　都道府県　　　　　　市区町村    　　　　　電話番号（　　　　　）　　　－ | | |