

# 申 請 書

令和 年 月 日

喜茂別町長 林 己 人 様

申請者 (本人又は家族)  
住 所

氏 名

定期予防接種を、以下の理由により、町の契約医療機関以外にて受けるため、喜茂別町からの依頼文の発行をお願いします。

## 記

1. 被 接 種 者 氏 名

( 年 月 日生 )

2. 予 防 接 種 の 種 類

R S ウイルスワクチン

3. 接 種 依 頼 機 関

病院名

所在地

院長名

4. 指定の医療機関で  
実施できない理由

入院中のため

その他 ( )

受付印