

年 月 日

島本町長 様

申請者

定期予防接種について（お願い）

標記について私の子どもは、次の理由により（ 市・町・村）において接種を希望しますので、予防接種の依頼書をお願いします。下記の予防接種を受けるにあたり、対象年齢内に受けます。なお、接種費用が有料の場合は自己負担します。

記

ふりがな 子の氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日生	(歳 か月)	
子の住所	〒618- 大阪府三島郡島本町		
電話番号	TEL		
保護者の氏名	(続柄：)		
予防接種の種類			
理由			
実施医療機関 住所 医療機関名 電話番号	〒 TEL		

※他市町村に長期滞在の方は記入してください。

滞在地 世帯主氏名	
住所 電話番号	〒 TEL

〔子ども用〕

【提出先】

〒618-0022 大阪府三島郡島本町桜井三丁目4番1号

島本町ふれあいセンター すこやか推進課 電話：075-961-1122 FAX：075-961-1116