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） |
| 子の住所電話番号 | 〒６１８－大阪府三島郡島本町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