

年 月 日

五戸町長 様

申 請 者	住 所	〒
	施 設 名	
	施 設 長	印
	電 話 番 号	

当施設に入所している接種希望者が、実施医療機関で予防接種を受けることができないので、本人の委任のもと、代理で予防接種実施依頼書の交付を申請します。

接種する 医療機関名	医療機関名			
	住 所			
	電 話 番 号			
接 種 予 定 日		年 月 日		
申 請 理 由		1 入院・入所中 2 その他（ ）		
接種を受ける人		生年月日	年 齢	住 所
		明 大 昭 ． ．		五戸町
		明 大 昭 ． ．		五戸町
		明 大 昭 ． ．		五戸町
		明 大 昭 ． ．		五戸町
		明 大 昭 ． ．		五戸町