

予防接種（依頼書・紹介状）申請書

令和 年 月 日

加須市長 様

(申請者)

住 所

氏 名

(被接種者との続柄)

電話番号

予防接種を下記の医療機関にて接種したいため、(依頼書・紹介状)を申請します。

被接種者	住 所(※)	加須市
	(ふりがな) 氏 名(※)	
	個人番号	
	生年月日	平成 令和 年 月 日 (歳 か月)
	電話番号(※)	
保護者氏名(※)		
接種医療機関	所在地	
	名 称	
	予 約	無 ・ 有 (接種予定日 平成 年 月 日)
予防接種名及び回数		
理 由		

(※)申請者と異なる場合、記入してください。

私は、申請者を代理人と認め、個人番号の提供を委任します。

氏名

※申請者が被接種者の法定代理人である場合には、他の添付書類等により代理関係を確認するので記入の必要はありません。