玉名市乳幼児委託契約以外の予防接種（里帰り等）利用
「予防接種依頼書」交付申請受付票

接種を受ける人	氏　名	
	生年月日	
	住　所	〒
	連絡先	
予防接種名（回数）		（記載例：日本脳炎　1期2・3回目　等）
保護者氏名（接種者が18歳以上の場合は不要）		
該当要件（あてはまる番号に〇）		1　里帰り　　2　健康管理上等 3　その他
接種予定場所	医療機関名または市町村名	
	医療機関住所または市町村住所	
	電話番号	

※市記入欄　〈確認事項〉 ☐ 受付方法　（電話・窓口） ☐ 対象者確認　（健康管理システム・住民票） ☐ 接種状況確認（健康管理システム・母子手帳） ☐ 依頼書受取方法（郵送・窓口） 郵送の場合、送付先の〒 住所 宛名	受付印	