

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○)		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