

定期予防接種（RS ウイルス）実施（県外）申請書

四日市市長

令和 年 月 日
被接種者（16歳未満は保護者）

住 所 _____

氏 名 _____

次のとおり、定期予防接種を三重県以外で受けたいので、依頼書（他市町村長又は県外医療機関宛）の交付を申請します。

予防接種の種類	RS ウイルス（アブリスボ） 出産予定日：令和 年 月 日		
申請理由			
被接種者住所	〒 四日市市 TEL		
滞在先	〒 TEL		
(ふりがな)被接種者名	()		
生年月日	年 月 日		
保護者名 (被接種者が 16歳未満の 場合のみ)			
受けようとする 場所及び実施者 ※	場 所	実施者	市長 町長 村長 院長

※ 場所については、受けようとする都道府県名または医療機関名と住所を記入。
実施者は、受けようとする市町村名または医療機関院長名を記入。