

予防接種実施医療機関の長 様

麻績村長

麻績村県外定期予防接種実施依頼書

麻績村に住所登録のある者が、都合により貴医療機関において予防接種を受けたい旨の申し出がありました。つきましては、予防接種法に基づく定期予防接種を実施していただきますよう、お願いいたします。

なお、当該予防接種により万一健康被害が生じた場合は、予防接種法に基づき当村が責任をもって対応いたします。

また、接種費用については、本人から徴収してください。後日、接種費用の補助手続きを行いますので、領収書（被接種者氏名、接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されたもの）と予診票（原本または写し）を本人または保護者様へお渡しさせていただきますよう、お願いいたします。

被接種者	(フリガナ)			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所			
保護者 (被接種者が16歳未満の場合のみ記入)	氏名			
	連絡先			
予防接種の種類				
滞在先または 居住地	住所			
	期間	年 月 日 ~	年 月 日	
有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日			