

(別紙様式1)(第5の1 関係)

岩手県広域的予防接種申請書

年 月 日

滝沢市長 武田 哲 様

保護者氏名 (続柄)

下記の理由により、岩手県内の他市町村において予防接種を希望するので、広域接種パスポートの交付を申請します。

被接種者氏名	平成・令和 年 月 日生
住 所	〒 (Tel (※日中に連絡の取れる電話番号
滞在先住所	〒 (Tel (※日中に連絡の取れる電話番号(上記と異なる場合のみ)
広域的予防接種を希望する理由	☐ かかりつけ医又は主治医が住所地市町村外の県内にいる。 ☐ 母親の出産や施設入所等の理由により、住所地市町村外の県内に長期滞在している。 ☐ その他やむを得ない事情により、住所地市町村外で定期の予防接種を受けることが困難である。 () ☐ 上記以外 ()