

年 月 日

定期予防接種（予防接種センター分）申請書

湖 南 市 長 あて

（申請者）

住所

氏名

印

電話番号

被接種者との続柄

下記の児につきまして、予防接種センターでの予防接種を希望しますので委任状の発行を申請します。

記

被接種者	住 所	滋賀県湖南市
	氏 名	
	生年月日	平成 年 月 日
保 護 者 氏 名		
予 防 接 種 の 種 類		
委 任 期 間		
委 任 理 由		

《接種医療機関》

住所 〒524-0022

滋賀県守山市守山5丁目7-30

医療機関名称・主治医名 滋賀県立小児保健医療センター

電話番号 077-582-6296