

病院長様

海士町長 大江和彦

## 予防接種実施依頼書

海士町に住所を有する次の者が、やむを得ない事情により当町が実施する下記の予防接種を受けることができないため、貴院/貴市(区町村)において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、当該予防接種に起因する健康被害が生じた場合は、予防接種法に基づき、当町が責任を持って処理いたします。

また、接種料金は被接種者から徴収願います。

被接種者	住所	島根県隠岐郡海士町大字		
	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	
保護者氏名			電話	( )
依頼する予防接種				
本書の有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで			
依頼する理由				
滞在先住所	〒 -			
連絡者氏名		電話	( )	

接種後は、予診票の写しを下記へ送付またはご本人へお渡しくださいますようお願いいたします。

## 【返送先】

〒684-0403  
隠岐郡海士町大字海士1490  
海士町役場 健康福祉課 担当：  
電話：08514-2-1822