様式１号による申請があった日から、様式２号（定期予防接種依頼書）がお手元に届くまでには、おおむね２週間前程度を要します。

様式第２号（第６条関係）

吉田町定期予防接種依頼書

医療機関所在地
医 療 機 関 名

			発券番号	
被接種者	住　　所			
	ふりがな		生年月日	年　月　日生
	氏　　名		性　　別	男　・　女
保護者	ふりがな		被接種者との続柄	
	氏　　名			
	現在の連絡先			
接種するワクチン				

当該予防接種により健康被害が発生した場合は、予防接種法第１５条第１項の規定に基づき、当町が救済のために措置を講じます。

御高診の上、接種可能との判断をいただいた場合は、　年　月　日までに接種してくださるよう依頼いたします。

年　月　日

吉田町長　　印

見本