

予防接種申出書

令和 年 月 日

遠野市長 多田 一彦 様

申請者 住所

氏名

(被接種者との続柄 _____)

電話 _____

(日中のご連絡が可能な電話番号を記入してください。)

予防接種を市指定医療機関以外で受けたいので、下記のとおり申出をします。

記

予防接種の種類	带状疱疹 <input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目		
ふりがな	生 年 月 日	大正・昭和	
予防接種を受ける人の氏名		年	月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 _____ <div style="text-align: right;">(電話 _____)</div>		
滞在先住所 <small>(入院、施設入所等の場合に記載してください。)</small>	〒 _____ <div style="text-align: right;">(電話 _____)</div>		
接種希望 医療機関名			
住 所	<input type="checkbox"/> 滞在先と同じ 〒 _____ <div style="text-align: right;">(電話 _____)</div>		
理 由			
備 考	接種予定日 (月 日)		