

日光市長様

住所
申請者氏名
電話 ー

日光市指定外医療機関法定外予防接種受診申請書

標記のことについて、日光市の予防接種実施医療機関以外の医療機関において予防接種を受けたいので、下記のとおり交付申請いたします。

記

被接種者 (受ける人)	住所	日光市		性別	男・女
	フリガナ 氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (満 歳 か月)	
希望する 予防接種	高齢者肺炎球菌 ・ 風しん ・ 子宮頸がん () ・ ロタ () おたふくかぜ ・ 小児インフルエンザ () ・ インフルエンザ				
接種希望 医療機関 ・担当医師 名等	医療機関名： 所在地： 電話番号：() ー 担当医師名：		接種 予定日	平成 年 月 日	
接種希望 の理由					
滞在先 (住所・方書)	〒 ー (方) 電話番号 () ー ※ この欄は、住所地（住民登録がしてある所）と実際の滞在先が異なる場合のみ記入してください				

※ 必ず接種前に、この申請書を健康課に提出し、「予防接種実施依頼書（様式第5号）」及び「予診票」「予防接種費等助成申請書（様式第6号）」をお受け取りください。