

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	大・昭・平・令 年 月 日生 (満 歳 か月)		
希望する 予防接種	・ ロタリックス () ・ ロタテック () ・ 三種混合 () ・ 四種混合 () ・ 五種混合 () ・ 麻しん ・ 風しん ・ 又はMR混合 () ・ 二種混合 ・ 日本脳炎 () ・ BCG ・ ポリオ () ・ 小児用肺炎球菌 () ・ ヒブ () ・ 子宮頸がん予防 () ・ 水痘 () ・ B 型肝炎 () ・ 高齢者インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌 ・ 新型コロナウイルス					
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	令和 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 3 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。