

令和 年 月 日

日 光 市 長 様

申請者は接種を受ける本人のお名前
をご記入ください。
お子さまが予防接種を受ける場合は、
申請者は保護者様となります。

住 所
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、下記のとおり依頼書の交付を申請いたします。

記入してください

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 (満 歳 か月)	年 月 日生	
希望する 予防接種	高齢者肺炎球菌 ・ 風しん (又は MR 混合) ・ おたふくかぜ 小児インフルエンザ () ・ インフルエンザ ・ 帯状疱疹 ()					
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 : () 担当医師名 :	受ける医療機関について 記入してください。医師 名は不明な場合は記入し なくて結構です。		() 内には回数または接種するワクチンの 種類を書いてください。 (例) 小児インフルエンザ (1) インフルエンザの 1 回目という意味です。 令和 年 月 日 接種予定日が未定の場合空欄も可		
接種希望 の 理 由	里帰り中のため かかりつけ医のため・・・など					
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 (郵便でやり取りする場合の郵送先を記載してください)					

※ 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。