

記入例

(係) 係式第2号(第2系関係)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

龍ヶ崎市長 様

申請者 住 所 龍ヶ崎市〇〇番地〇〇

氏 名 龍ヶ崎 辰子

被接種者との関係 母

電 話 番 号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(日中連絡が取れるもの)

龍ヶ崎市委託医療機関外任意予防接種申請書

下記のとおり龍ヶ崎市の委託外医療機関等において任意予防接種を受けたいので申請します。

記

被接種者 (接種を受ける者) 氏名・生年月日 住 所	龍ヶ崎 さくら	令和〇〇年〇〇月〇〇日生	
	龍ヶ崎市〇〇番地〇〇		
滞在(入院)先 住 所 ※	東京都〇〇区〇〇〇〇	電話 番号	090-〇〇〇-〇〇〇
接種を希望する 医療機関等の名称	〇〇〇病院	電話 番号	03-〇〇〇-〇〇〇
希望する任意 予防接種の種類	☐ おたふくかぜ		
	☒ 小児インフルエンザ		
	☐ 男性HPV		
	☐ 带状疱疹		
委託外医療機関等での 接種を希望する理由	かかりつけ医のため		

※ 任意予防接種を受けるに当たり、住所とは異なる滞在先(入院先)等がある場合は、ご記入ください。