

様式第2号(第9条関係)

令和 年 月 日

龍ヶ崎市長 様

申請者 住 所
氏 名
被接種者との関係
電 話 番 号
(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		年 月 日生	
	龍ヶ崎市		
滞在(入院)先 住 所 ※		電話 番号	
接種を希望する 医療機関等の名称		電話 番号	
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			

※ 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。