

様式第2号（第9条関係）

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)

龍ヶ崎市委託外医療機関等B類疾病予防接種申請書

下記のとおり龍ヶ崎市の委託外医療機関等においてB類疾病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 医療機関名		電話 番号	
希望する B類疾病予防接種の 種類	種 類		
	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ		
	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌		
	<input type="checkbox"/> 新型コロナ		
<input type="checkbox"/> 帯状疱疹			
委託外医療機関等での 接種を希望する理由			

※ B類疾病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。