記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

龍ケ崎市長　様

申請者　住　　所　龍ケ崎市〇〇町〇〇番地
氏　　名　龍ケ崎　太郎
被接種者との関係　本人
電　話　番　号　090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
（日中連絡が取れるもの）

龍ケ崎市委託医療機関外任意予防接種申請書

下記のとおり龍ケ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

※　接種を受ける方が複数いる場合は、同一世帯の家族に限り申請できます。

被接種者（接種を受ける者）		希望する任意予防接種の種類
氏　名	龍ケ崎　太郎	☐ おたふくかぜ ☐ 小児インフルエンザ ☐ 男性ＨＰＶ ☑ 帯状疱疹
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生	
氏　名	龍ケ崎　花子	☐ おたふくかぜ ☐ 小児インフルエンザ ☐ 男性ＨＰＶ ☑ 帯状疱疹
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生	
氏　名		☐ おたふくかぜ ☐ 小児インフルエンザ ☐ 男性ＨＰＶ ☐ 帯状疱疹
生年月日	年　月　日生	

住　所	☑ 申請者と同じ	龍ケ崎市	
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	〇〇クリニック	所在地	〇〇県△△市
申請理由	かかりつけ医で接種を受けたいため。		

＊　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。