

記入例

様式第2号（第9条関係）

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 龍太郎

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	龍ヶ崎 龍太郎	昭和〇年〇月〇日生	
	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 医療機関名	〇〇医院	電話 番号	03-〇〇〇-〇〇〇
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 checked="" type="checkbox"/> 新型コロナ		
<input checked="" type="checkbox"/> 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		

※ 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。