様式第２号（第９条関係）

年　　　月　　　日

龍ケ崎市長　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医療機関外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  医療機関名 |  | | 電話  番号 |  |
| 希望する  任意予防接種の  種類及び回数 | 種　　類 | | | 回　　　数 |
| □ おたふくかぜ | | | １回目 |
| □ 小児インフルエンザ | | | １回目・２回目 |
| □ 男性ＨＰＶ (４価ガーダシル) | | | １回目・２回目・３回目 |
| □帯状疱疹 | □不活化ワクチン  (シングリックス) | | １回目・２回目 |
| □ 生ワクチン  (ビケン) | | １回目 |
| 委託医療機関外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。