

# 記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

龍ヶ崎市長 様

申請者 住 所 龍ヶ崎市〇〇町〇〇番地

氏 名 龍ヶ崎 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	龍ヶ崎 太郎	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生	
	龍ヶ崎市〇〇町〇〇番地		
滞在(入院)先 住 所 ※		電話 番号	
接種を希望する 医療機関名	〇〇〇〇クリニック	電話 番号	029-〇〇〇-〇〇〇〇
希望する 任意予防接種の 種類及び回数	種 類		回 数
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ		1 回目
	<input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ		1 回目・2 回目
	<input type="checkbox"/> 男性HPV (4価ガーダシル)		1 回目・2 回目・3 回目
	<input checked="" type="checkbox"/> 带状疱疹	<input checked="" type="checkbox"/> 不活化ワクチン (シングリックス)	1 回目 2 回目
<input type="checkbox"/> 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	かかりつけ医で接種を受けたいため。		

※ 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。