様式第８号（第１０条関係）

年　　月　　日

大田原市長　　様

申請者
住　　所
氏　　名
電話番号

大田原市指定外医療機関法定外予防接種依頼申請書

法定外予防接種を受けたいので、大田原市法定外予防接種助成事業実施要綱第１０条第１項の規定により、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="3">接種を受ける方</td><td>住　　所</td><td>□申請者と同じ</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td>□申請者と同じ</td><td></td></tr>
<tr><td>生　年　月　日</td><td colspan="2">年　　月　　日（満　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">家族等連絡先
※申請者と異なる場合は記入</td><td colspan="2">住　所
氏　名
電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">接種希望予防接種</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">接種希望医療機関</td><td colspan="2">医療機関名
所在地
電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">指定外医療機関で接種する理由</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">滞在先住所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">接種資料送付先住所</td><td colspan="2">□申請者住所　□接種を受ける方の住所
□滞在先住所　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">接種予定年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
</table>