　様式第５号（第１０条関係）

大田原市指定外医療機関法定外予防接種申込書

大田原市長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

大田原市法定外予防接種を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申　　込　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 接種を受ける人の氏名 |  |
| 生　年　月　日 | 年　　　月　　　日　（満　　　歳） |
| 予　防　接　種　名 |  |
| 家族等連絡先 | 氏名  住所  TEL |
| 接種を希望する医療  機関連絡先  （住所・電話番号） | 医療機関名    住　　所  TEL |
| 指定外医療機関で  接種する理由 |  |
| 接種希望年月日 |  |