

(様式第 1 号)

大田原市指定外医療機関定期予防接種依頼申請書

大田原市長 様

大田原市指定以外の医療機関または市町村で定期予防接種を希望するため、下記のとおり申請します。

申 込 日		年	月	日
接種を受ける方	ふりがな			
	氏 名	(男 ・ 女)		
	生年月日	年	月	日 (歳 か月)
	住 所	〒 大田原市 電話		
保護者または家族の氏名 ※接種を受ける方が 18 歳以下 または、意思疎通が困難な高齢者 等の場合は、ご記入ください。				
予防接種の種類及び回数				
接種希望医療機関 又は、市町村		医療機関名 担当医師名 住所 電話		
理 由 ※里帰り等の場合は滞在先の 住所も記載してください。				
接種予定年月日		年	月	日