

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

申請者 住所

氏名

電話

被接種者との続柄 ()

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	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)
	住所・連絡先	大田原市 電話
家族等連絡先 ※意思疎通が困難な高齢者の方などが接種する場合は、ご記入ください。	住所 氏名 電話	
予防接種の種類及び回数		
接種希望医療機関 または市町村	医療機関名 担当医師名 住所 電話	
指定外医療機関で 接種する理由	<input type="checkbox"/> 出産に伴う一時的な里帰り <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()	
接種予定年月日	年 月 日	

接種に係る書類は、

窓口での受け取りを希望します。

郵送を希望します。(郵送先： 申請者住所 滞在先住所(以下) その他の住所(以下))
(都道府県 市区町村 様方)