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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接種を受ける方 | 住所 | □申請者  と同じ |  |
| 氏名 | □申請者  と同じ |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（満　　　歳） | |
| 家族等連絡先  ※申請者と異なる場合は記入 | | 住　　所  氏　　名  電話番号 | |
| 接種希望予防接種 | |  | |
| 接種希望医療機関 | | 医療機関名  所　在　地  電話番号 | |
| 指定外医療機関で  接種する理由 | |  | |
| 滞在先住所 | |  | |
| 接種資料送付先住所 | | □申請者住所　□接種を受ける方の住所  □滞在先住所　□その他（　　　　　　　　　　　） | |
| 接種予定年月日 | | 年　　　月　　　日 | |