

広域的予防接種申込書

年 月 日

上郡町長 へ

【申込者】

住 所

氏 名

(続柄)

電話番号 () -

予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

接種を受ける人	住 所	赤穂郡上郡町			
	氏 名		男 女	生年 月日	年 月 日 (歳 カ月)
受ける予防接種の種類					
接種を希望する医療機関	所在地	兵庫県			
	医療機関名				
接種希望日	年 月 日				
広域的予防接種を希望する理由					
生活保護受給	無 ・ 有				

*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。
また、目的外の使用は禁止します。

広域的予防接種申込書

和暦可

2019年10月 1日

上郡町長 あて

【申込者】

住 所 上郡町上郡500-1

氏 名 上郡 太郎 (続柄 本人)

電話番号 (0791) 52 - 2188

予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

接種を受ける人	住 所	赤穂郡上郡町上郡町上郡500-1			
	氏 名	上郡 太郎	男 女	生年 月日	S24年 4月 3日生 (70歳 5ヵ月)
受ける予防接種の種類	季節性インフルエンザ				
接種を希望する医療機関	所在地	兵庫県〇〇市△△ 11-1			
	医療機関名	〇〇医院			
接種希望日	2019年 10月 15日 接種予定日を記入してください				
広域的予防接種を希望する理由	かかりつけ医のため				
生活保護受給	無 ・ 有				

* 個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。
また、目的外の使用は禁止します。