

様式第1号

広域的予防接種申込書

令和 〇年 〇月 〇日

多可町長 様

住 所 多可町中区岸上281-51
氏 名 多可 花子 (続柄 母)
電話番号 (0795) 32-5121

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	多可町中区岸上281-51		
	氏 名	多可 太郎	男 女	生年 月日 H25年 3月27日生 (満 9歳 3カ月)
受ける予防接種の種類	日本脳炎第2期			
接種を希望する医療機関	所在地	神戸市〇〇区〇〇町〇〇		
	医療機関名	〇〇クリニック		
接種希望日	令和 4 年 7 月 日			
広域的予防接種を希望する理由	ガかりつけのため。			

承認期間を設定するため、接種を予定している時期を記入してください。(分かる範囲で結構です)

- 上記のことについて、下記の条件を付して承認します。
 - 令和 年 月 日から令和 年 月 日までの間に接種を受けてください。
 - 上記の接種を希望する医療機関に対し予防接種に関する業務を委託しますので、接種当日に別紙依頼書、請求書及び予診票を当該医療機関あて提出ください。
- 上記のことについて、承認しないこととします。
(不承認の理由)

令和 年 月 日

多可郡多可町長 吉 田 一 四
(担当課 健康課 0795-32-5121)

*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。